

Nr. _____ / _____

**CERERE PENTRU ACORDAREA DE SERVICII SOCIALE ÎN CADRUL
ADĂPOSTULUI DE NOAPTE**

A. DATE PERSONALE

NUMELE ȘI PRENUMELE:

DATA NAȘTERII:

ACTUL DE IDENTITATE: BI/CI/CIP sr..... nr

CNP:

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DOMICILIUL SOLICITANTULUI: localitatea, str.....,
nr....., bl....., sc....., ap....., județ

PERSOANE DE CONTACT (nume, relație, adresă, nr.telefon):

Membri de familie:

Prieteni, cunoștințe:

B. STAREA SĂNĂTĂȚII

| NUMELE BOLII | MEDICAMENTE ADMINISTRATE | DOZE |
|--------------|-----------------------------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

C. CE FEL DE AJUTOR SOLICITAȚI?

- Cazare pe timp de noapte;
- Consiliere privind reinserția socială și obținerea unui loc de muncă;
- Sprijin în obținerea actelor personale;
- Sprijin în obținerea venitului minim garantat;
- Sprijin în întocmirea dosarului de masă la Cantina Municipală;

D. MOTIVELE CERERII (care sunt motivele pentru care solicitații serviciile Adăpostului de noapte)

- Nu am locuință, proprietate personală;
- Nu am o sursă de venituri care să îmi permită închirierea unei locuințe;
- Nu am o rețea de suport social;

E. VENITUL LUNAR

1. Venit lunar declarat:

2. Sursa venitului:

- Pensie la limită de vârstă
- Pensie de boală
- Indemnizație persoană încadrată în grad de handicap
- Venitul minim garantat
- Salariat
- Nici un venit
- Alte situații Detaliați

F. DE UNDE AȚI AFLAT DESPRE ADĂPOSTUL DE NOAPTE?

.....
.....
.....

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016 / 679 27.04.2016.

Data completării

Semnătura solicitantului