

Asociația “Dr. Carl Wolff” a Bisericii
Evanghelice C.A. din România
str. Pedagogilor, nr. 3 – 5
550132 Sibiu
Tel. 0269/22.11.31; Fax. 0269/22.36.80
E-mail: carlwolff@carlwolff.ro
Web: www.carlwolff.ro

Cerere de înscriere
într-un Cămin al Asociației “Dr. Carl Wolff” a
Bisericii Evanghelice C.A. din România

I. DATE PERSONALE

NUMELE: **PRENUMELE:**

DATA ȘI LOCUL NAȘTERII: **VÂRSTA:**

ADRESA: Str. Nr. Bl. Sc. Et. Ap.

LOCALITATEA: **JUDEȚUL:** **CODUL POȘTAL:**

TEL. ACASA: **TEL. MOBIL:** **FAX:**

PROFESIA:

STUDII: FĂRĂ PRIMARE GIMNAZIALE LICEALE UNIVERSITARE

CARTE DE IDENTITATE/BULETIN: SERIA: NR.:

COD NUMERIC PERSONAL: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
S A A L L Z Z N N N N N C

SEX: F M

RELIGIE: (vă rugăm anexați adeverință)

STAREA CIVILĂ: CĂSĂTORIT(Ă) Data: NECĂSĂTORIT(Ă)

VĂDUV(Ă) Data: DIVORȚAT(Ă) Data:

DESPĂRȚIT ÎN FAPT Data:

COPII: DA NU

DACĂ DA, ÎNSCRIEȚI NUMELE, PRENUMELE, ADRESA, TELEFONUL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. REPREZENTANT LEGAL - TUTORE

NUMELE: PRENUMELE:
CALITATEA: SOȚ/SOȚIE FIU/FIICĂ RUDĂ ALTĂ PERSOANĂ
LOCUL ȘI DATA NAȘTERII: VÂRSTA:
ADRESA:
TEL. ACASĂ: TEL. MOBIL: SERVICIU:
E-MAIL:

III. PERSOANĂ DE CONTACT ÎN CAZ DE URGENȚĂ

NUMELE: PRENUMELE:
GRAD DE RUDENIE:
ADRESA:
TEL. ACASĂ: TEL. MOBIL: SERVICIU:
FAX: E-MAIL:

IV. EVALUARE SOCIALĂ

A. LOCUINȚĂ

CASĂ APARTAMENT BLOC ALTE SITUAȚII
SITUATĂ: PARTER ETAJ LIFT
SE COMPUNE DIN: Nr. CAMERE: BUCĂTĂRIE BAIE DUȘ
WC SITUAT ÎN INTERIOR SITUAT ÎN EXTERIOR
ÎNCĂLZIRE: FĂRĂ CENTRALĂ CU LEMNE / CĂRBUNI
GAZE CU COMBUSTIBIL LICHID
APĂ CURENTĂ: DA RECE CALDĂ ALTE SITUAȚII
CONDIȚII DE LOCUIT: LUMINOZITATE ADECVATĂ NEADECVATĂ
UMIDITATE: ADECVATĂ IGRASIE
IGIENĂ: ADECVATĂ NEADECVATĂ
LOCUIȚA ESTE PREVĂZUTĂ CU: ARAGAZ, MAȘINĂ DE GĂTIT FRIGIDER
MAȘINĂ DE SPĂLAT RADIO/TV ASPIRATOR

B. REȚEA DE FAMILIE

TRĂIEȘTE: SINGUR(Ă) Data

CU SOȚ/SOȚIE Data

CU COPII Data

CU ALTE RUDE Data

LISTA CUPRINZÂND PERSOANELE CU CARE LOCUIEȘTE (NUMELE, PRENUMELE, CALITATEA, VÂRSTA):

.....COMPATIBIL DA NU

.....COMPATIBIL DA NU

.....COMPATIBIL DA NU

.....COMPATIBIL DA NU

UNA DINTRE PERSOANELE CU CARE LOCUIEȘTE ESTE:

BOLNAVĂ CU DIZABILITĂȚI / HANDICAP DEPENDENTĂ DE ALCOOL

ESTE AJUTAT DE FAMILIE: NU DA

CU BANI CU MÂNCARE ACTIVITĂȚI DE MENAJ

RELAȚIILE CU FAMILIA SUNT: BUNE CU PROBLEME FĂRĂ RELAȚII

EXISTĂ RISC DE NEGLIJARE: DA NU

ABUZ: DA NU

DACĂ DA, SPECIFICAȚI:

.....

.....

.....

C. REȚEA DE PRIETENI, VECINI

ARE RELAȚII CU PRIETENII, VECINII: NU DA

VIZITE RELAȚII DE ÎNTRAJUTORARE RELAȚIILE SUNT PERMANENTE

RARE FRECVENȚEAZA UN GRUP SOCIAL BISERICA ALTELE

SPECIFICAȚI:

.....

.....

.....

.....

ÎNSCRIEȚI NUMELE ȘI PRENUMELE PRIETENILOR ȘI/SAU VECINILOR CU CARE ÎNTREȚINE RELAȚII BUNE ȘI DE ÎNTRAJUTORARE, GRUPURI SOCIALE:

.....

.....

.....

.....

ESTE AJUTAT DE PRIETENI, VECINI PENTRU:

CUMPĂRĂTURI ACTIVITĂȚI DE MENAJ DEPLASARE ÎN EXTERIOR

PARTICIPĂ LA: ACTIVITĂȚI ALE COMUNITĂȚII ACTIVITĂȚI RECREATIVE

COMUNITATEA ÎI OFERĂ UN ANUMIT SUPORT: DA NU

DACĂ DA, SPECIFICAȚI:

.....

.....

.....

.....

V. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE

(vă rugăm anexați cuponul de pensie)

VENIT LUNAR PROPRIU REPREZENTAT DE :

- PENSIE DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT:
- PENSIE PENTRU AGRICULTORI:
- PENSIE I.O.V.R.:
- PENSIE PENTRU PERSOANĂ CU HANDICAP:

ALTE VENITURI:

-
-

VENITUL GLOBAL:
BUNURI MOBILE ȘI IMOBILE AFLATE ÎN POSESIE:
.....
.....
.....

VI. EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

(se completează de către medicul de familie)

A. DIAGNOSTIC PREZENT:

1.
2.
3.
4.
5.

B. STAREA DE SĂNĂTATE PREZENTĂ

- ANTECEDENTE FAMILIALE RELEVANTE:
- ANTECEDENTE PERSONALE:
- TEGUMENTE ȘI MUCOASE (prezența ulcerului de decubit, plăgi, etc.)
.....
- APARAT LOCOMOTOR (se evaluează și mobilitatea și tulburările de mers)
.....
- APARAT RESPIRATOR (frecvență respiratorie, tuse, expectorație, dispnee, etc.)
.....
- APARAT CARDIOVASCULAR (TA, AV, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice etc.)
.....
- APARAT DIGESTIV (dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal, prezența incontinenței anale, se evaluează și starea de nutriție)
.....
- APARAT UROGENITAL (dureri, tulburări de micțiune – prezența incontinenței urinare etc. probleme genitale)
.....
- ORGANE DE SIMȚ (auz, văz, gust, miros, simț tactil)
.....
- EXAMEN NEUROPSIHIC (precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor și senzorial, crize jacksoniene etc.)
.....

C. INVESTIGAȚII PARACLINICE RELEVANTE (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei):

.....

.....

.....

D. RECOMANDĂRI DE SPECIALITATE PRIVIND TRATAMENTUL IGIENICO – TERAPEUTIC ȘI DE RECUPERARE (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei –bilete de externare, rețete și/sau fișa medicală din spital, policlinică, cabinet medicină de familie):

.....

.....

.....

VII. DISPOZIȚII FINALE

Iau la cunoștință că orice dată inexactă duce la respingerea cererii de internare într-un cămin al Asociației „Dr. Carl Wolff” a Bisericii Evanghelice C.A. din România, iar dacă adevărul se află după internarea în cămin voi pierde locul definitiv.

Semnătura proprie a contractantului

.....

Data:

Hotărârea comisiei de acceptare a Asociației „Dr. Carl Wolff” :

Comisia: -

-

-

-

Se hotărăște că d-na/d-l cu soțul/soția
va fi internat în căminul începând cu data de

Sibiu, data