*Cerere pentru avizarea autorizaţiei de funcţionare pentru furnizarea îngrijirilor la domiciliu*

Instituţia (societatea, asociaţia, fundaţia, unitatea sanitară, alte forme de organizare)

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

Către

Direcţia de Sănătate Publică Arad

  Subsemnatul/Subsemnata, ..............................................................................., domiciliat/domiciliată în ...................................................., str. ...................................................................................................... nr. ........................, bl. …………….…..., sc. ……........., et. …….…..., ap. ………..., judeţul/sectorul ...................................., posesor/posesoare al/a B.I. seria ……………..... nr. ......................., eliberat de ..................................................................... la data ................................................, reprezentant legal al ......................................................................................................................................................., cu sediul în .........................................................., str. ................................................................................................ nr. ..........................., bl…………...., sc. ............, et. …………......, ap. ...................., judeţul/sectorul ..................................................................., vă rog să binevoiţi a aproba eliberarea **avizării autorizaţiei de funcţionare** pentru serviciul de îngrijiri la domiciliu, în conformitate cu reglementările legale în vigoare, pentru forma de organizare sus-menţionată.

  Anexez în completarea cererii mele copii ale următoarelor documente:

  a) declaraţia pe propria răspundere (model anexat) – original – 2 exemplare;

  b) statutul unităţii/alte documente constitutive, cu mențiunea expresă privind furnizarea de îngrijiri la domiciliu ca obiect de activitate, certificat constatator cu menţionarea punctului de lucru, după caz\*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială*.

  c) documente care atestă dobândirea personalităţii juridice, pentru asociaţii şi fundaţii, după caz\*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială.*

  d) dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor, după caz\*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială*.

  e) documente privind deţinerea legală a sediului dispeceratului pentru îngrijiri la domiciliu (situaţie juridică, schiţă, plan de amplasare în zonă);

  f) regulamentul de organizare şi funcţionare\*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială*.

  g) organigrama serviciului de îngrijiri la domiciliu\*;

  *\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială*.

  h) documente privind codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală\*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială.*

  i) lista personalului angajat în serviciul de îngrijiri medicale la domiciliu (+ copie REVISAL sau copie contracte de muncă/prestări servicii) \*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială.*

  j) dovada pregătirii profesionale/documente de liberă practică (avize anuale) pentru personalul medical angajat pentru asigurarea îngrijirilor la domiciliu (copie);

  k) lista dotărilor existente\*;

*\* În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială.*

  l) alte documente:

- fișa postului pentru fiecare persoană angajată, cu precizarea nivelului de pregătire profesională, a competențelor și a atribuțiilor

- autorizația de funcționare – original.

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

**Declar pe proprie răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.**

**Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Arad să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul emiterii autorizației de funcționare precum și pe durata valabilității acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.**

Data

  ................

   Semnătura

   ........................

Nr. înregistrare autoritate competentă Nr. înregistrare solicitant

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

**DECLARAŢIE pe propria răspundere pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu**

  Subsemnatul(a), ..............................................................................................................., în calitate de ........................................................ al ..................................................................................., cu sediul în localitatea ..................................................., str. ....................................................................................... nr. .........., sectorul ......................, având codul fiscal ..............................................., declar următoarele pe propria răspundere, cunoscând că declaraţiile false sunt pedepsite conform legii:

  În sediul din localitatea ......................................................, str. ..................................., sectorul/judeţul ......................................, se desfăşoară activitatea de dispecerat îngrijiri la domiciliu/activităţile (cod CAEN) ........................... .

Sunt asigurate următoarele:

  1. dispeceratul pentru îngrijiri la domiciliu deţine dotări pentru păstrarea şi accesarea documentelor medicale, de comunicare, specifice domeniului de activitate: .....................................................................

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

  2. personal de specialitate autorizat după cum urmează: (nr.) ........... medici, ............. asistenţi medicali, ................ fizioterapeuţi, .............. psihologi, ............ logopezi, precum şi alt personal după cum urmează: .....................................................................................................................................................;

  3. serviciile medicale furnizate la domiciliu: ........................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..;

  4. la dispeceratul pentru îngrijiri la domiciliu sunt asigurate următoarele utilităţi:

  apă potabilă - DA/NU ...................................;

  canalizare - DA/NU .......................................;

  iluminat - natural/artificial (electric) ................;

  instalaţie termoficare (centrală/CT proprie etc.) .............;

  5. alte detalii (de exemplu, contract CAS) ..........................................................................................;

  6. descrierea activităţii .........................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

Mă angajez să respect dispoziţiile legale privind furnizarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu în conformitate cu indicaţiile medicului, fişa postului şi competenţele personalului medical conferite de pregătirea curriculară.

Data

  .............

   Semnătura

   .................