

Avizat,
Director Carmen Cioboran

ANGAJAMENT DE SUSȚINERE

nr. _____ din _____

Subsemnatul(a), domiciliat(ă) în, telefon, legitimat cu B.I./C.I. Seria Nr., în calitate de, pentru, mă oblig să mențin relația cu acesta, să sprijin și să susțin centrul și personalul centrului în demersurile de acomodare și integrare a beneficiarului.

Declar că îmi asum responsabilitatea privind menținerea relației cu susnumitul prin vizitarea acestuia, învoirea în familie cel puțin o dată pe an, petrecerea unor evenimente personale și participarea la activități comune în centru sau în afara acestuia.

Voi furniza toate informațiile și documentele solicitate de către personalul centrului în interesul beneficiarului în vederea realizării unei evaluări corecte a situației acestuia, în special a datelor medicale și altor aspecte ce țin de siguranța beneficiarului sau integrarea acestuia în centru.

În situația în care apar situații medicale de urgență îmi exprim acordul ca reprezentanții centrului să ia deciziile ce se impun în interesul beneficiarului la recomandarea specialiștilor în domeniu și mă oblig să iau legătura cu centrul în cel mai scurt timp pentru a conveni referitor la procedurile și intervențiile medicale recomandate, pentru a reprezenta beneficiarul în situația în care acesta nu se poate autoreprezenta și pentru a asigura resursele materiale și financiare pentru procedurile și tratamentele stabilite de medicii specialiști, dacă este cazul.

Îmi dau acordul pentru înscrierea beneficiarului la medicul de familie Dr. Felician Filimon, care are cabinet individual în Comuna Bodești. În cazul în care nu sunt de acord cu acesta schimbare a medicului de familie, mă angajez să asigur deplasarea beneficiarului pentru consultatii la medicul de familie al acestuia, procurarea biletelor de trimitere și a tratamentelor prescrise pentru acesta.

Da

Nu

Mă oblig să asigur în termen de e maxim 24 ore reintegrarea beneficiarului în familie/comunitate în situația în care acesta prezintă tulburări de comportament, afecțiuni psihiatrice sau intervin situații care pot perturba activitatea centrului.

Mă angajez pe propria răspundere să anunț orice modificare cu privire la schimbarea datelor de contact, în cel mult 15 zile.

DATA _____

NUMELE ȘI PRENUMELE

SEMNĂTURA

DATE DE CONTACT APARTINĂTORI:

Numele: _____

Calitatea: _____

Domiciliu: _____

Telefon: _____