



Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

DIRECȚIA PROGRAME - PROIECTE

Strada Sf. Ecaterina, Nr. 3
Sector 4, București
Tel/Fax: 021 310 10 59 / 021 310 10 69
Email: contact@assmb.ro

**ANUNȚ PRIVIND ÎNCEPEREA SESIUNII DE ÎNSCRIERE
în cadrul
PROIECTULUI „SMILE”**

Având în vedere:

- ❖ Hotărârea Consiliului General al Municipiului București nr. 695/18.10.2018 privind aprobarea Proiectului „Smile”, care prevede acordarea unui sprijin financiar sub formă de vouchere, în valoare de maximum 990 lei/beneficiar, copiilor cu vârste între 10 și 17 ani, cu domiciliul în Municipiul București,

Vă informăm că, **începând cu data de 07.08.2019**, potențialii beneficiari care sunt interesați să aplice în cadrul proiectului și îndeplinesc criteriile de eligibilitate, respectiv:

- Copii cu vârste cuprinse între 10 – 17 ani;
- Domiciliul stabil sau viza de reședință în Municipiul București, obținută cu cel puțin 6 luni înainte de depunerea cererii, pentru beneficiari minori având vârsta peste 14 ani, iar în cazul beneficiarilor minori care nu au împlinit vârsta de 14 ani, reprezentantul legal trebuie să aibă domiciliul stabil, sau viza de reședință în municipiul București, cu cel puțin 6 luni înainte de depunerea cererii;
- Adeverință medicală eliberată de cabinetul de medicină dentară din cadrul unităților de învățământ școlar (cabinet stomatologic) din rețeaua școlară a Municipiului București, care atestă o dentiție tratată, fără carii, și care poate suporta un tratament de specialitate ortodontic (necesar în vederea completării Anexei 1);
- Document tip (Anexa 1 la prezentul regulament) eliberat de un medic specialist/primar, în specializarea Ortodonție, din cadrul unității medicale de specialitate în aplicarea aparatelor ortodontice fixe, afiliate, cu recomandarea medicală privind necesitatea aplicării aparatului ortodontic fix,

se pot înscrie în aplicația on-line disponibilă pe site-ul [http://smile.assmb.ro/](http://smile.assmb.ro) la secțiunea „Înscriere în proiect” introducând următoarele date:

- Date de identificare copil:** nume, prenume, vârstă, CNP;
- Date de identificare reprezentant legal:** nume, prenume, domiciliul, reședința (daca este cazul), adresă de corespondență, telefon, adresă de e-mail;



Strada Sf. Ecaterina, Nr. 3
Sector 4, București
Tel/Fax: 021 310 10 59 / 021 310 10 69
Email: contact@assmb.ro

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

DIRECȚIA PROGRAME - PROIECTE

c) **Documente scanate** în format PDF/JPG – lizibile:

- Copie a certificatului de naștere al copilului sau CI, dacă este cazul;
- Copie după actul de identitate al reprezentantului legal al copilului, inclusiv verso în cazul reședinței;
- Document tip (anexa 1 la prezentul regulament) eliberat de un medic specialist/primar, în specializarea Ortodonție, din cadrul unităților medicale de specialitate în aplicarea aparatelor ortodontice fixe, afiliate în cadrul proiectului, cu recomandarea medicală privind necesitatea aplicării aparatului ortodontic fix;

În cadrul site-ului <http://smile.assmb.ro> este disponibilă lista unităților medicale de specialitate în aplicarea aparatelor ortodontice fixe afiliate în cadrul proiectului, care vor elibera recomandările medicale necesare aplicării aparatului ortodontic fix.

Potențialii beneficiari sunt rugați să consulte regulamentul proiectului și anexele aferente acestuia, accesând site-ul mai sus menționat.

Informații suplimentare se pot obține la tel: [031.069.97.16](tel:031.069.97.16) sau e-mail: proiectsmile@assmb.ro.