**V-4 Daugavpils valstspilsētas pašvaldības iestādei “Sociālais dienests”**

 **Vienības iela 8, Daugavpils, LV-5401, e-pasts:** **socd@socd.lv**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(vārds, uzvārds)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(personas kods)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(adrese)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(tālrunis, e-pasts)*

**Iesniegums**

**Lūdzu piešķirt veselības aprūpes pabalstu šādam mērķim** *(atzīmēt nepieciešamo)***:**

* trūcīgai mājsaimniecībai;
* atsevišķi dzīvojošai personai ar invaliditāti vai pensijas vecuma personai, kurai noteikts maznodrošinātas mājsaimniecības statuss;
* katrai maznodrošinātas mājsaimniecības pilngadīgai pensijas vecuma personai, personai ar invaliditāti vai politiski represētai personai;
* guļošai personai ar spināliem bojājumiem, ar I vai II invaliditātes grupu;
* personai, kurai nepieciešamas hemodialīzes procedūras;
* trūcīgai vai maznodrošinātai personai operācijas izmaksu segšanai vai kompensēšanai steidzamības kārtā;
* mājsaimniecībai, kuras aizgādībā ir bērns ar invaliditāti ar funkcionāliem traucējumiem vai ar celiakiju slims bērns;
* trūcīgai personai zobu protezēšanas izdevumu segšanai vai kompensācijai;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(citos gadījumos, norādot mērķi)*

**Pielikumā** *(uzskaitīt dokumentus, kas pamato veselības aprūpi: ārsta izziņa, izdevumu dokumenti, medikamentu receptes u.tml.):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pabalstu lūdzu** *(vajadzīgo atzīmēt)***:**

* pārskaitīt pakalpojumu sniedzējam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

*(pakalpojumu sniedzēja nosaukums)*

* pārskaitīt uz manu kontu Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

bankas nosaukums \_\_\_\_ .

* izmaksāt skaidrā naudā kasē,
* izmaksāt, nogādājot dzīvesvietā .

 *(klienta faktiska dzīvesvieta)*

**🞎** Pozitīva lēmuma gadījumā rakstiska atbilde nav nepieciešama.

**🞎*Apliecinu****, ka esmu informēts:
 - par to, ka iesnieguma izskatīšanai Sociālais dienests, izpildot juridisku pienākumu, apstrādās manus un manā mājsaimniecībā esošo personu datus atbilstoši Vispārīgās datu aizsardzības regulas un citu normatīvo aktu prasībām,
- par manu un manā mājsaimniecībā esošo personu datu apstrādi tiesībām kā datu subjektiem.*

**🞎 *Apliecinu****, ka esmu informējis manā mājsaimniecībā esošās personas par viņu datu apstrādi un datu subjekta tiesībām.
Informācija par personas datu apstrādi un personas tiesībām pieejama Sociālā dienesta tīmekļa vietnē:* [*www.socd.lv*](http://www.socd.lv) *un klātienē Lāčplēša ielā 39, Vienības ielā 8, Liepājas ielā 4, Daugavpilī, vai iesūtot jautājumus ar piezīmi “Datu aizsardzības speciālists” uz e-pastu:* *datuaizsardziba@socd.lv**.*

202\_\_\_. gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(Iesniedzēja paraksts un atšifrējums)*

 **SAŅEMTS**

Daugavpils valstspilsētas pašvaldības

iestāde “Sociālais dienests”

Nr.7.-3./\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.