**A-2 Daugavpils valstspilsētas pašvaldības iestādei**

 **“Sociālais dienests”**

Adrese: Vienības iela 8, Daugavpils, LV-5401

 e-pasta adrese: socd@socd.lv

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

 *(likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds)*

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

 *(personas kods)*

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

 *(deklarētās dzīvesvietas adrese)*

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

 *(tālrunis, e-pasts)*

**IESNIEGUMS**

**par asistenta pakalpojuma piešķiršanu nepilngadīgām personām ar invaliditāti**

**Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu (valsts budžeta apmaksātu)**

**no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_līdz\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(vārds, uzvārds, personas kods, deklarētās dzīvesvietas adrese)* |

1. **Vēlamais asistenta pakalpojuma sniedzējs** *(šo punktu aizpilda, ja ir zināms* *asistenta pakalpojuma sniedzējs)*:

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

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

*(vārds, uzvārds, personas kods, deklarētās dzīvesvietas adrese, tālrunis, e-pasts)*

1. **Asistenta pakalpojuma pieprasīšanas apjoms** *(norādīt vajadzīgo)***:**

□80 stundas mēnesī;

□100 stundas mēnesī, jo ne retāk kā reizi nedēļā saņemu/saņemšu ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmētas: medicīniskās procedūras vai rehabilitācijas pakalpojumus.

1. **Iesniegumam pievienoti šādi dokumenti (vai dokumentu kopijas)** *(norādīt vajadzīgos)***:**
* likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija (ja šī informācija nav sociālā dienesta rīcībā);
* VDEĀVK atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību;
* ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījums ārstniecības pakalpojuma vai rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai (vai šo pakalpojumu jau saņemu);
* ārstniecības pakalpojuma vai rehabilitācijas pakalpojuma sniedzēja izziņa par pakalpojuma noteikšanu, plānošanu (vai notiek ne retāk kā reizi nedēļā);
* līguma kopija par rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu;
* citi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. **Informēju, ka:**

□ saņemu pašvaldības atbalstu transporta pakalpojumiem;

□ transporta izdevumu kompensācija 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,
- 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 Vienības ielā 8, Daugavpilī, vai iesūtot jautājumus ar piezīmi “Datu aizsardzības speciālists” uz e-pastu:* *datuaizsardziba@socd.lv**.~~.~~*

20\_\_\_.gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Likumiskā pārstāvja paraksts, atšifrējums*

**Aizpilda asistenta pakalpojuma sniedzējs**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīvesvieta, tālrunis, e-pasts, bankas konta numurs)* |

* Apliecinu, ka nesniedzu asistenta pakalpojumu citā pašvaldībā.
* Sniedzu asistenta pakalpojumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pašvaldībā \_\_\_\_\_\_\_ stundu apjomā.
* Strādāju □ nestrādāju □ esmu pašnodarbināta persona.
* Piekrītu sniegt asistenta pakalpojumu.

**🞎 *Apliecinu,*** *ka esmu informēts par to, ka iesnieguma izskatīšanai Sociālais dienests, izpildot juridisku pienākumu, apstrādās manus personas datus atbilstoši Vispārīgās datu aizsardzības regulas un citu normatīvo aktu prasībām. Informācija par personas datu apstrādi un personas tiesībām pieejama Sociālā dienesta tīmekļa vietnē:* [*www.socd.lv*](http://www.socd.lv) *un klātienē Vienības ielā 8, Daugavpilī, vai iesūtot jautājumus ar piezīmi “Datu aizsardzības speciālists” uz e-pastu:* *datuaizsardziba@socd.lv**.*

20\_\_\_.gada \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Asistenta paraksts, atšifrējums*

Šo sadaļu aizpilda Sociālā dienesta darbinieks

darbinieka paraksts, atšifrējums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **SAŅEMTS**

 Daugavpils valstspilsētas pašvaldības

 iestāde “Sociālais dienests”

 Nr. 8.–7./2024/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| (datums) |

LĒMUMS …………………………………………………………………………………………………

LĪGUMS …………………………………………………………………………………………………..