**Daugavpils valstspilsētas pašvaldības iestādei**

**A - 1 “Sociālais dienests”**

Adrese: Vienības iela 8, Daugavpils, LV-5401

e-pasta adrese: [socd@socd.lv](mailto:socd@socd.lv)

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

*(persona kurai nepieciešams asistenta pakalpojums)*

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

*(likumiskais pārstāvis, ja tāds ir)*

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

*(personas kods)*

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

*(deklarētās dzīvesvietas adrese)*

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

*(tālrunis, e-pasts)*

**IESNIEGUMS**

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

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

**no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1. **Persona:**

* ar I vai □ II grupas invaliditāti un ar šādiem funkcionēšanas ierobežojumiem:
* redzes traucējumi □ kustību traucējumi □ garīga rakstura traucējumi,

vai, ja ir:

* atzinums par medicīniskajām indikācijām vieglā automobiļa speciālai pielāgošanai un pabalsta saņemšanai transporta izdevumu kompensēšanai;
* nieru mazspēja □ ļaundabīgs audzējs terminālajā (ceturtajā) stadijā;
* strādā □ nestrādā.

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 mērķi** *(norādīt visus aktuālos)***:**

* lai strādātu, studētu, nodarbotos ar paraolimpisko sportu;
* lai mācītos pamata, vidējās vai profesionālās izglītības iestādē, un vai ir NVO vai kapitālsabiedrības valdē;
* lai veiktu brīvprātīgā darbu, apmeklētu dienas aprūpes centru, specializēto darbnīcu, saņemtu regulāras, ārsta nozīmētas medicīniskas hemodialīzes vai ķīmijterapijas procedūras;
* lai veiktu citas darbības (apmeklētu ārstu, sociālos pasākumus utt.).

**4. Kompensēt transporta izdevumus asistenta pakalpojuma sniegšanas laikā:**

□ pakalpojuma pieprasītajam □ pakalpojuma sniedzējam;

* par sabiedriskā transporta biļešu iegādi □ par degvielas iegādi;
* transporta izdevumu kompensācija nav nepieciešama.

**5. Informēju, ka:**

* saņemu pabalstu par asistenta izmantošanu 10 stundas nedēļā personai ar I grupas redzes invaliditāti (VSAA pabalsts);
* saņemu pašvaldības atbalstu transporta pakalpojumiem.

1. **Iesniegumam pievienoti šādi dokumenti (vai dokumentu kopijas)** *(norādīt vajadzīgos)***:**

* darba devēja apliecinājums;
* saimnieciskās darbības veicēja pašapliecinājums;
* Latvijas Paralimpiskās komitejas apliecinājums;
* brīvprātīgā darba organizētāja un brīvprātīgā darba veicēja līguma kopija par brīvprātīgā darbu;
* kapitālsabiedrības apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē;
* biedrības vai nodibinājuma apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē;
* izglītības iestādes apliecinājums;
* dienas aprūpes centra vai specializētās darbnīcas apliecinājums;
* ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta apliecinājums par medicīniskas hemodialīzes vai ķīmijterapijas procedūrām;
* likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošu dokumenta kopija;
* citi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**🞎 *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*](mailto:datuaizsardziba@socd.lv)*.*

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

*Iesnieguma iesniedzēja/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
* kā saimnieciskās darbības veicējs esmu atbildīgs par normatīvajos aktos noteikto nodokļu nomaksu
* 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*](mailto: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./2025/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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