**PREIĻU NOVADA**

 **LABKLĀJĪBAS PĀRVALDES**

**SOCIĀLAIS DIENESTS**

Aglonas iela 1a, Preiļi, Preiļu novads, LV – 5301

labklajibas.parvalde@preili.lv

 Iesniedzējs:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds, personas kods)

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

(deklarētās dzīvesvietas adrese)

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

(faktiskā dzīvesvietas adrese)

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

(kontakttālrunis, e-pasta adrese)

Likumiskais pārstāvis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds, personas kods)

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

(deklarētās dzīvesvietas adrese)

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

(faktiskā dzīvesvietas adrese)

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

(kontakttālrunis, e-pasta adrese)

**Iesniegums**

 Lūdzu piešķirt no valsts budžeta apmaksātu asistenta pakalpojumu saskaņā ar 2021. gada 18. maija Ministru kabineta noteikumiem Nr. 316 “Noteikumi par asistenta, pavadoņa un aprūpes mājās pakalpojumu personām ar invaliditāti”.

1. **Asistenta pakalpojuma izmantošanas mērķis** (atzīmēt vajadzīgo):

 lai strādātu algotu darbu, gūtu ienākumus no saimnieciskās darbības, studētu augstskolā vai koledžā vai nodarbotos ar parasportu

 lai nokļūtu uz pamata, vidējās vai profesionālās izglītības iestādi vai no tās, lai pildītu biedrības vai nodibinājuma, vai kapitālsabiedrības valdes locekļa pienākumus

 lai veiktu brīvprātīgā darbu (tikai oficiāli noformētas līgumattiecības), nokļūtu uz dienas aprūpes centru vai specializēto darbnīcu vai atgrieztos no tās, saņemtu regulāras (ne retāk kā reizi nedēļā) ārsta nozīmētas medicīniskas hemodialīzes procedūras vai simptomātisku terapiju, ja personai ir konstatēts ļaundabīgs audzējs

 lai veiktu citas darbības, piemēram, apmeklētu ārstu, sociālos pasākumus.

**2. Iespējamais asistenta pakalpojuma sniedzējs** (norāda tikai gadījumā, ja persona ir izvēlējusies konkrētu asistenta pakalpojuma sniedzēju):

vārds, uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

personas kods: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

deklarētā dzīvesvieta un kontakttālrunis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**3.** **Iesniegumam pievienotie dokumenti** (norādīt vajadzīgo):

 likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments (kopija, uzrādot oriģinālu, ja šāda informācija nav Sociālā dienesta rīcībā)

 darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs, ja persona strādā algotu darbu

 saimnieciskās darbības veicēja pašapliecinājumu par saimnieciskās darbības izpildei veicamajām darbībām

 Latvijas Paralimpiskās komitejas apliecinājums

 brīvprātīgā darba organizētāja un brīvprātīgā darba veicēja līguma kopija par brīvprātīgā darbu (uzrādot oriģinālu)

 kapitālsabiedrības apliecinājums, ja persona ievēlēta valdē (ja šī informācija nav Sociālā dienesta rīcībā)

 biedrības vai nodibinājuma apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē (ja šī informācija nav Sociālā dienesta rīcībā)

 izglītības iestādes apliecinājums, ja persona mācās (ja šī informācija nav Sociālā dienesta rīcībā)

 dienas aprūpes centra vai specializētās darbnīcas apliecinājums, ja persona apmeklē attiecīgu institūciju (ja šī informācija nav Sociālā dienesta rīcībā)

 ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta apliecinājums par medicīniskās hemodialīzes procedūras vai simptomātiskas terapijas saņemšanu (ja šī informācija nav Sociālā dienesta rīcībā)

 cits dokuments (norādīt kāds)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Informēju, ka**:

* Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija (turpmāk – VDEĀVK) noteikusi I vai II invaliditātes grupu, noteikusi redzes, kustību vai garīga rakstura funkcionālos traucējumus, vai VDEĀVK izsniegusi atzinumu vieglā automobiļa speciālajai pielāgošanai un pabalsta saņemšanai transporta izdevumu kompensēšanai
* saņemu no valsts budžeta finansētu pabalstu personai ar redzes invaliditāti par asistenta izmantošanu
* saņemu asistenta pakalpojumu ES finansēto projektu ietvaros
* izmantoju institūcijas transportu un saņemu atbalstu transporta izdevumu apmaksai.

**5.** **Transporta apmaksa**

**** Lūdzu kompensēt transporta izdevumus, kas radīsies asistenta pakalpojuma sniegšanas laikā, lai asistenta pakalpojuma saņēmējs nokļūtu:

* algota darba vietā, saimnieciskās darbības veikšanas vietā
* brīvprātīgā darba veikšanas vietā
* izglītības iestādē
* dienas aprūpes centrā, specializētajā darbnīcā
* vai ne retāk kā reizi nedēļā saņemtu ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmētu medicīnisko procedūru kursu vai rehabilitācijas pakalpojumus.

Transporta izdevumu kompensāciju izmaksāt:

* + pakalpojuma pieprasītājam
	+ pakalpojuma sniedzējam

***Ar šo dodu piekrišanu un apliecinu, ka esmu informēts/-a par manu personas datu apstrādi****, ko Sociālais dienests veiks, izmantojot valsts un pašvaldības datu bāzes, lai objektīvi izvērtētu atbilstību pakalpojuma saņemšanai, saskaņā ar Vispārīgo datu aizsardzības regulu, ar man sniegto un Preiļu novada pašvaldības privātuma paziņojumā iekļauto informāciju.*

*Savāktie dati netiks nodoti trešajām personām, izņemot gadījumus, ja tas ir nepieciešamas noteiktās datu apstrādes nolūkiem, vai, ja šādu pienākumu uzliek normatīvie akti.*

**Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa, kā arī piekrītu ar pieņemto lēmumu iepazīties klātienē.**

Iesnieguma sastādīšanas datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesnieguma iesniedzēja/iesniedzēja pārstāvja paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_