**Preiļu novada Labklājības pārvaldes**

 **Sociālajam dienestam**

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

labklajibas.parvalde@preili.lv

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

vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā dzīvesvieta

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

tālrunis

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

e–pasta adrese

iesniegums

**Lūdzu piešķirt atbalstu pacienta iemaksu segšanai.**

*/ atzīmēt atbilstošo/*

* piešķirto pabalstu lūdzu pārskaitīt uz bankas kontu Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /*norāda konta numuru/*

* piešķirto pabalstu izmaksāt skaidrā naudā

Pielikumā:

*/ atzīmēt atbilstošo/*

* līguma par ārstniecības pakalpojumu sniegšanu kopija

vai

* izraksta no stacionārā/ ambulatorā pacienta medicīniskās kartes kopija
* izdevumu apliecinošo dokumentu kopija

**Piekrītu informāciju par pozitīvu lēmumu saņemt:** */atzīmēt vienu atbilstošo/*

* uz iesniegumā norādīto e-pasta adresi
* uz iesniegumā norādīto adresi
* mutiski
* rakstiska atbilde nav nepieciešama

***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 pabalsta 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.*

***Apliecinu, ka pacienta iemaksas, par kurām pieprasu atbalstu, nav tikušas segtas no valsts budžeta vai apdrošināšanas sabiedrības līdzekļiem.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

datums paraksts un atšifrējums