**Preiļu novada Labklājības pārvaldes**

**Sociālajam dienestam**

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

labklajibas.parvalde@preili.lv

**Iesniedzēja**

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

vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā/ faktiskā dzīvesvieta

vēlamais saziņas veids:

/norāda tālruņa numuru, e-pasta adresi/

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

tālrunis/ e-pasta adrese

**kā bērna** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā/ faktiskā dzīvesvieta

**likumiskā pārstāvja**

**iesniegums**

Saskaņā ar 2021. gada 18. maija Ministru kabineta noteikumiem Nr. 316 “Noteikumi par asistenta, pavadoņa un aprūpes mājās pakalpojumu personām ar invaliditāti” (turpmāk – MK noteikumi Nr.316), lūdzu piešķirt nepilngadīgai personai no valsts budžeta apmaksātu:

(atzīmēt atbilstošo)

* asistenta pakalpojumu
* pavadoņa pakalpojumu

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

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

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

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

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

1. (ja attiecināms)

**Atbilstoši MK noteikumu Nr. 316 8.1 punktā minētajam, lūdzu palielināt valsts finansētā asistenta pakalpojuma apjomu nepilngadīgai personai, lai regulāri (ne retāk kā reizi nedēļā) saņemtu ārsta nozīmētas medicīniskās procedūras vai rehabilitācijas pakalpojumus.**

Iesniegumam pievienots/i dokuments/i, kas apliecina regulāru ārsta nozīmētu medicīnisku procedūru vai rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanu (norāda iesniegto dokumentu)

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

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

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

1. **Informēju, ka**:

Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija (turpmāk – VDEĀVK) noteikusi nepilngadīgai personai invaliditāti un izsniegts atzinums par:

* īpašas kopšanas nepieciešamību, ja tiek pieprasīts asistenta pakalpojums
* pavadoņa pakalpojuma nepieciešamību, ja tiek pieprasīts pavadoņa pakalpojums (pievienota VDEĀVK atzinuma Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kopija par pavadoņa pakalpojuma nepieciešamību)
* saņemu asistenta pakalpojumu ES finansēto projektu ietvaros
* izmantoju institūcijas transportu un saņemu atbalstu transporta izdevumu apmaksai, lai nokļūtu uz rehabilitācijas un/vai medicīnisko procedūru saņemšanas vietu, izglītības iestādi vai dienas aprūpes centru.

1. **Transporta apmaksa**

Lūdzu apmaksāt transporta izdevumus, kas radušies, pavadot asistenta pakalpojuma saņēmēju uz:

* + rehabilitācijas un/vai medicīnisko procedūru saņemšanas vietu
  + pamata, vidējās vai profesionālās izglītības iestādi vai no tās
  + dienas aprūpes centru vai no tā.

1. **Transporta izdevumus apmaksāt:**

* pakalpojuma sniedzējam
* pakalpojuma pieprasītājam (likumiskajam pārstāvim) un pārskaitīt uz bankas kontu:

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

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

Klātienē uzrādīts likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments:

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

Izdošanas datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_