**Preiļu novada Labklājības pārvaldes**

**Sociālajam dienestam**

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

[labklajibas.parvalde@preili.lv](mailto:labklajibas.parvalde@preili.lv)

**Iesniedzēja**

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

vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā/ faktiskā dzīvesvieta

**vēlamais saziņas veids:**

*/norāda tālruņa numuru, e-pasta adresi, pasta adresi/*

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

tālrunis/ e-pasta adrese/ pasta adrese

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

vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā/ faktiskā dzīvesvieta

**likumiskā pārstāvja**

iesniegums.

**Lūdzu piešķirt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** */bērna vārds, uzvārds/* **sociālās rehabilitācijas pakalpojumu:**

*/atzīmēt atbilstošo un norādīt vēlamo pakalpojuma sniedzēju, sākuma datumu, reižu skaitu/*

* **ergoterapijas pakalpojums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **audiologopēda pakalpojums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **ABA terapijas pakalpojums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **fizioterapeita individuālās nodarbības pašvaldības izveidotajā infrastruktūrā (Jaunatnes iela 1, Līči, Preiļu pagasts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*/ norādīt sākuma datumu, reižu skaitu\*/*

*\** *Pakalpojumu personai piešķir līdz 20 (divdesmit) nodarbībām kalendāra gadā. Sociālais dienests var pieņemt lēmumu par papildu nodarbību piešķiršanu atbilstoši ārstniecības personas rekomendācijām*

**Pielikumā:** ārsta (ārstniecības personas, atbilstoši tā kompetencei) izsniegta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids(-i) un/vai akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību, kā arī jānorāda rekomendācijas pakalpojumam

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

* uz iesniegumā norādīto e-pastu
* 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 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.*

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

datums paraksts un atšifrējums