**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

**Labvēlīga lēmuma gadījumā lēmumu vēlos saņemt:** */atzīmēt vienu atbilstošo/*

* klātienē;
* uz iesniegumā norādīto e-pastu;
* izmantojot pasta pakalpojumus, uz iesniegumā norādīto adresi.

***Ar šo dodu piekrišanu un apliecinu, ka esmu informēts/-a par manu*** *(arī nepilngadīgo bērnu vai aizbildnībā esošo personu)* ***personas datu apstrādi****, ko veiks Preiļu novada pašvaldība, lai izvērtētu manu atbilstību sociālās palīdzības, materiālās palīdzības un sociālo pakalpojumu saņemšanai.*

*Datu pārzinis ir Preiļu novada pašvaldība, reģistrācijas Nr. 90000065720, juridiskā adrese: Raiņa bulvāris 19, Preiļi, LV5301, kas veic personas datu apstrādi ar nolūku iesnieguma par sociālās palīdzības, materiālās palīdzības un sociālo pakalpojumu sniegšanu izskatīšanu/nodrošināt sociālās palīdzības, materiālās palīdzības un sociālo pakalpojumu uzskaiti, administrēšanu.*

*Papildus informāciju par personas datu apstrādi var iegūt Preiļu novada pašvaldības tīmekļa vietnes* [*www.preili.lv/lv*](http://www.preili.lv/lv) *sadaļā Pašvaldība / Personas datu aizsardzība, iepazīstoties ar Preiļu novada pašvaldības “Personas datu apstrādes privātuma politika”.*

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

datums paraksts un atšifrējums