**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 dzīvesvieta

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

tālrunis

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

e-pasta adrese

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

**kā bērna** vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā dzīvesvieta

**likumiskā pārstāvja**

iesniegums

**Lūdzu piešķirt sociālās rehabilitācijas pakalpojumu institūcijā bērnam (dzimis \_\_\_\_\_\_\_. gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), kurš ir atkarīgs no apreibinošām vielām un procesiem.**

Situācijas apraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Pielikumā:

* likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments
* narkologa atzinums, kurā norādīts, ka bērnam ir nepieciešams saņemt pakalpojumu, vai bērns ir saņēmis narkologa noteiktu ārstēšanu, vai viņš ir motivēts pakalpojuma saņemšanai un vai viņam nav apreibinošo vielu intoksikācijas vai abstinences sindroma;
* ģimenes (vispārējās prakses) ārsta izraksts no ambulatorā pacienta medicīniskās kartes par bērna vispārējo veselības stāvokli, kurā norādīta informācija par saslimšanām, kuru dēļ nepieciešama īpaša uzmanība, sniedzot pakalpojumu, un apliecināts, ka bērnam nav somatisku saslimšanu, kam nepieciešama intensīva speciāla izmeklēšana un ārstēšana (var tikt uzņemts remisijas stāvoklī).

**Esmu informēts/-a, ka lēmumu pieņem Sociālās integrācijas valsts aģentūra triju darbdienu laikā no dienas, kad izvērtēšanai iesniegts iesniegums par sociālā pakalpojuma saņemšanu un citi nepieciešamie dokumenti.**

***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