**Preiļu novada Labklājības pārvaldes**

 **Sociālajam dienestam**

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

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 ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu institūcijā manam bērnam (dzimis \_\_\_\_\_\_\_. gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_):**

*/atzīmēt atbilstošo/*

* ar smagiem un ļoti smagiem garīgās attīstības traucējumiem;
* ar smagiem un ļoti smagiem fiziskās attīstības traucējumiem;
* ar kombinētiem smagiem un ļoti smagiem garīgās un fiziskās attīstības traucējumiem.

**Ja iespējams, vēlos, lai bērns pakalpojumu saņem** */atzīmēt vienu atbilstošo/***:**

* Valsts sociālās aprūpes centrs „Rīga” filiāle „Rīga”. Adrese: Kapseļu iela 31/ Kapseļu iela 18, Rīga, LV-1024;
* Valsts sociālās aprūpes centra „Rīga” filiāle „Pļavnieki”. Adrese: Zebiekstes 12, Rīga, LV-1082;
* Valsts sociālās aprūpes centra „Kurzeme” filiāle „Liepāja”. Adrese: Apšu 3a, Liepāja, LV-3401;
* jebkurā institūcijā Latvijas teritorijā rindas kārtībā.

Pielikumā:

* likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments
* ģimenes ārsta izsniegta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts funkcionālo traucējumu veids, akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību, kā arī rekomendācijas aprūpei un profilaksei;
* psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai (02.04.2019. MK noteikumu Nr.138 “Noteikumi par sociālo pakalpojumu saņemšanu” 1.pielikums; *tikai personai ar garīga rakstura traucējumiem*)

**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