*APSTIPRINĀTS*

*ar Bauskas novada Sociālā dienesta*

*vadītājas 17.04.2024. rīkojumu Nr. 2024/1-4/10*

|  |
| --- |
| **Bauskas novada Sociālajam dienestam** |
|  |
| (vārds, uzvārds) |
| (personas kods) |
| (deklarētā dzīvesvietas adrese) |
| (faktiskā dzīvesvietas adrese, ja atšķiras no deklarētās adreses) |
| (tālrunis, e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

par aprūpes pakalpojuma piešķiršanu nepilngadīgai personai

Lūdzu piešķirt aprūpes pakalpojumu bērnam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(vārds, uzvārds)*

personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ņemot vērā, ka bērna likumiskajam pārstāvim /audžuģimenes loceklim nepieciešams (*norādīt visus aktuālos iemeslus)*:

☐ veikt darba pienākumus vai saimniecisko darbību;

☐ apmeklēt izglītības iestādi vai profesionālās pilnveides kursus;

☐ apmeklēt Nodarbinātības valsts aģentūras organizētos pasākumus;

☐ apmeklēt dienas aprūpes centru vai citu sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju;

☐ saņemt ārstniecības pakalpojumus.

Adrese, kurā nepieciešams sniegt aprūpes pakalpojumu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Vēlamais aprūpes pakalpojuma saņemšanas apjoms \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(**kopējais stundu skaits kalendārā mēneša ietvaros, max līdz 80 stundām mēnesī)*

Iesniegumam pievienotie dokumenti, **kas apliecina, ka bērna likumiskais pārstāvis vai audžuģimenes loceklis nespēj nodrošināt bērna aprūpi un uzraudzību nepieciešamajā apjomā** *(atzīmēt pievienotos*):

☐ darba devēja apliecinājums, ka bērna likumiskais pārstāvis vai audžuģimenes loceklis veic darba pienākumus (*ja bērna likumiskais pārstāvis vai audžuģimenes loceklis ir pašnodarbinātā persona vai individuālais komersants – apliecinājumā norāda informāciju par stundu skaitu mēnesī, kad bērna likumiskais pārstāvis vai audžuģimenes loceklis veic saimniecisko darbību)*;

☐ izglītības iestādes apliecinājums par izglītības programmas apgūšanu;

☐ Nodarbinātības valsts aģentūras apliecinājums par piedalīšanas tās organizētajos pasākumos *(iesniegumā norāda pasākumā pavadāmo stundu skaitu)*;

☐ dienas aprūpes centra, vai cita sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēja apliecinājums;

☐ ģimenes ārsta vai ārstniecības iestādes izsniegts apliecinājums;

☐ citi dokumenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Vēlamais aprūpes pakalpojuma sniedzējs:**

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

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

kontaktinformācija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka:

* + piekrītu, ka Bauskas novada Sociālajā dienestā tiek veikta manu personas datu apstrāde saskaņā ar man nepieciešamo sociālo pakalpojumu/palīdzības nodrošināšanu, ievērojot Bauskas novada Sociālā dienesta personas datu apstrādes aizsardzības politiku un normatīvo aktu prasības;
  + visas sniegtās ziņas ir precīzas un patiesas un apzinos, ka par nepatiesu ziņu sniegšanu iestājas atbildība, saskaņā ar normatīvajiem aktiem.

**Lēmumu** vēlos saņemt (izvēlieties vienu saņemšanas veidu):

☐ elektroniski uz iesniegumā norādīto e-pasta adresi;

☐ pa pastu uz deklarētās dzīvesvietas adresi;

☐ klātienē kādā no Bauskas novada Sociālā dienesta klientu pieņemšanas vietām (norādot kurā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Dokumentus iesniedza pilnvarotā persona:

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

(vārds, uzvārds) (personas kods) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(izdevēja iestādes nosaukums, vieta, datums, numurs)

Datums: \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_\_\_ Iesniedzēja paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(paraksts un paraksta atšifrējums)

Pieņēma darbinieks: SAŅEMTS:

Paraksts: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_. Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***pielikums iesniegumam Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*par aprūpes pakalpojuma piešķiršanu*

*nepilngadīgai personai*

|  |
| --- |
| ***Aizpilda aprūpes pakalpojuma sniedzējs*** |
| Aprūpes pakalpojuma sniedzēja vārds, uzvārds: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  personas kods: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  deklarētā dzīvesvietas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  kontakttālrunis, e-pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  bankas nosaukums un kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  bankas konts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Informācija par nodokļu maksātāja VSAOI likmi *(atbilstošo atzīmēt)*:  ☐ nav pašnodarbinātais  ☐ nav pašnodarbinātais, vecuma pensionārs  ☐ nav pašnodarbinātais, invalīds vai izdienas pensionārs  ☐ pašnodarbinātais  Informēju, ka piekrītu sniegt aprūpes pakalpojumu personai, esmu iepazinies(-usies) ar dokumentiem, kas jāiesniedz Sociālajā dienestā kā apliecinājums par aprūpes pakalpojuma sniegšanu, un man nav iebildumu.  **Apliecinu, ka** *(atbilstošo atzīmēt)*:  ☐ sniedzu aprūpes pakalpojumu vēl kādai citai personai un šajā līgumā pakalpojumam piešķirtais stundu apjoms ir \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  ☐ nesniedzu aprūpes pakalpojumu vēl kādai citai personai.  Esmu persona, kurai ir ☐ darba, ☐ personiskā pieredze saskarsmē ar personu ar invaliditāti.  (atbilstošo atzīmēt)  *Esmu informēts(-a), ka Bauskas novada Sociālajā dienestā tiek veikta manu personas datu apstrāde saskaņā ar man nepieciešamo sociālo pakalpojumu/palīdzības nodrošināšanu, ievērojot Bauskas novada Sociālā dienesta personas datu apstrādes aizsardzības politiku un normatīvo aktu prasības.*  Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aprūpes pakalpojuma sniedzējs:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts) |

Pieņēma darbinieks: SAŅEMTS:

Paraksts: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_.