*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 atelpas brīža pakalpojuma piešķiršanu nepilngadīgai personai

Lūdzu piešķirt atelpas brīža pakalpojumu bērnam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(vārds, uzvārds)*

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

☐ Biedrība “Cerību spārni”, Rūpniecības iela 9, Bauska, Bauskas novads

☐ cits \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesniegumam pievienotie dokumenti *(atzīmēt pievienotos*):

☐ ģimenes ārsta izsniegta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids(-i) un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību; izziņā papildus norāda rekomendācijas aprūpei un profilaksei, ja persona vēlas saņemt aprūpi mājās, pakalpojumu grupu mājā (dzīvoklī), pusceļa mājā, dienas aprūpes centrā, specializētās darbnīcas pakalpojumu, īslaicīgās sociālās aprūpes jeb atelpas brīža pakalpojumu vai ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu institūcijā;

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

**Apliecinu, ka:** (atbilstošo atzīmēt)

☐ apņemos pilnībā samaksāt noteikto maksu par atelpas brīža pakalpojumu, rēķinā norādot bankas kontu Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rēķinu vēlos saņemt elektroniski uz norādīto e-pasta adresi;

☐ piekrītu manas un manas mājsaimniecības locekļu maksātspējas novērtēšanai, aizpildot iztikas līdzekļu deklarāciju.

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.

Mājsaimniecības pilngadīgās personas pilnvaro iesnieguma iesniedzēju veikt nepieciešamās darbības materiālās situācijas izvērtēšanai visai mājsaimniecībai. Pilngadīgo mājsaimniecības locekļu paraksti un parakstu atšifrējumi:

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

 (vārds, uzvārds) (paraksts)

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

 (vārds, uzvārds) (paraksts)

**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.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_