*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 dienas aprūpes centra pakalpojuma piešķiršanu nepilngadīgaipersonai

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

 *(vārds, uzvārds)*

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

☐ Daudzfunkcionālajā sociālo pakalpojumu centrā “Sarkanā skola”, Bauskas iela 4, Vecumnieki, Vecumnieku pagasts, Bauskas novads, LV-3933

☐ Dienas aprūpes centrā “Saulaine 10”, Saulaine, Rundāles pagasts, Bauskas novads, LV-3901

☐ 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

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

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

☐ apņemos pilnībā samaksāt noteikto maksu par dienas aprūpes centra 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.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_