|  |
| --- |
| *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 asistenta pakalpojuma piešķiršanu pilngadīgai personai

Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu: *(atbilstošo atzīmēt)*

☐ man

☐ pārstāvamajai personai

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

*(vārds, uzvārds)*

deklarētā dzīvesvietas adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Asistenta pakalpojuma pieprasīšanas mērķis *(norādīt visus aktuālos iemeslus)*:

☐ algota darba veikšana;

☐ ienākumu gūšana no saimnieciskās darbības;

☐ studijas augstskolā vai koledžā;

☐ nodarbošanās ar parasportu;

☐ nokļūšana uz pamata, vidējās vai profesionālās izglītība iestādi vai no tās;

☐ biedrības, nodibinājuma vai kapitālsabiedrības valdes locekļa pienākumu pildīšana;

☐ brīvprātīgā darba veikšana (tikai oficiāli noformētas līgumattiecības);

☐ nokļūšana uz dienas aprūpes centru vai specializēto darbnīcu vai atgrieztos no tās;

☐ regulāru (ne retāk kā reizi nedēļā) ārsta nozīmētu medicīnisko hemodialīzes procedūru vai simptomātisku terapiju saņemšana, ja personai ir konstatēts ļaundabīgs audzējs;

☐ citu darbību veikšana, piemēram, ārstu apmeklēšana, sociālo pasākumu apmeklēšana;

☐ nokļūšana uz dienas aprūpes centru vai specializēto darbnīcu, ja persona ir ar **I invaliditātes grupu (ar īpašu kopšanu no bērnības)**;

☐ citu darbību veikšana, piemēram, ārstu apmeklēšana, sociālo pasākumu apmeklēšana, **ja persona ir ar I invaliditātes grupu (ar īpašu kopšanu no bērnības)**.

Informēju, ka:

☐ tiek saņemts no valsts budžeta finansētais pabalsts personai ar redzes invaliditāti par asistenta izmantošanu

☐ izmantoju institūcijas transportu un saņemu palīdzību, lai nokļūtu darba vietā, izglītības iestādē vai dienas aprūpes centrā

**Vēlamais asistenta pakalpojuma sniedzējs:**

vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Iesniegumam pievienotie dokumenti *(atzīmēt pievienotos*):

☐ darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs pie attiecīgā darba devēja;

☐ saimnieciskās darbības veicēja pašapliecinājums par saimnieciskās darbības izpildei veicamajām darbībām;

☐ Latvijas Paralimpiskās komitejas apliecinājums, ka persona nodarbojas ar parasportu, ja persona piedalās nacionālā līmeņa čempionātos vai starptautiskajās sacensībās;

☐ brīvprātīgā darba organizētāja vai brīvprātīgā darba veicēja līguma kopija par brīvprātīgā darbu;

☐ kapitālsabiedrības apliecinājums, ja personā ievēlēta valdē;

☐ biedrības vai nodibinājuma apliecinājums, ja persona ievēlēta valdē;

☐ izglītības iestādes apliecinājums, ka persona apgūst attiecīgu izglītības programmu konkrētajā izglītības iestādē;

☐ dienas aprūpes centra vai specializētās darbnīcas apliecinājums, ja persona apmeklē attiecīgās institūcijas;

☐ ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta apliecinājums, ka persona ne retāk kā reizi nedēļā saņem ārsta nozīmētas medicīniskas hemodialīzes procedūras vai personai ir konstatēts ļaundabīgs audzējs, kura dēļ nepieciešams saņemt simptomātisku terapiju;

☐ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta apliecinājums, ka persona saņem ķīmijterapiju, staru terapiju vai hormonu terapiju, ja personai ir konstatēts ļaundabīgs audzējs ceturtajā stadijā ar izteikti nelabvēlīgu prognozi;

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

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 asistenta pakalpojuma*

*piešķiršanu pilngadīgai personai*

|  |
| --- |
| ***Aizpilda asistenta pakalpojuma sniedzējs*** |
| Asistenta 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 asistenta pakalpojumu personai, esmu iepazinies(-usies) ar dokumentiem, kas jāiesniedz Sociālajā dienestā kā apliecinājums par asistenta pakalpojuma sniegšanu, un man nav iebildumu.  **Apliecinu, ka** *(atbilstošo atzīmēt)*:  ☐sniedzu asistenta pakalpojumu vēl citai personai un šajā līgumā pakalpojumam piešķirtais stundu apjoms ir\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  ☐ nesniedzu asistenta pakalpojumu vēl kādai citai personai citā pašvaldībā.  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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Asistenta pakalpojuma sniedzējs:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts) |

Pieņēma darbinieks: SAŅEMTS:

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