*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 vai pavadoņa pakalpojuma piešķiršanu nepilngadīgai personai

Lūdzu piešķirt: *(atbilstošo atzīmēt)*

☐ asistenta pakalpojumu

☐ pavadoņa pakalpojumu

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

*(vārds, uzvārds)*

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

**Vēlamais asistenta vai pavadoņa pakalpojuma sniedzējs:**

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

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

Iesniegumam pievienotie dokumenti *(atzīmēt atbilstošo)*:

* *ja asistenta pakalpojumu pieprasa, lai ne retāk kā reizi nedēļā saņemtu ārsta nozīmētas medicīniskās procedūras vai rehabilitācijas pakalpojumus.*

☐ līguma kopija par rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu;

☐ ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījums attiecīgā ārstniecības pakalpojuma saņemšanai;

☐ attiecīgā ārstniecības pakalpojuma vai rehabilitācijas pakalpojuma sniedzēja izziņa par pakalpojuma saņemšanas ilgumu.

* *ja tiek pieprasīts pavadoņa pakalpojums.*

☐Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par pavadoņa pakalpojuma nepieciešamību.

☐ 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 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 vai pavadoņa pakalpojuma*

*piešķiršanu nepilngadīgai personai*

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

Pieņēma darbinieks: SAŅEMTS:

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