**Saldus novada pašvaldības aģentūrai “Sociālais dienests”**

**e-pasts:** [**sd.pakalpojumi@saldus.lv**](mailto:sd.pakalpojumi@saldus.lv)

Vārds, uzvārds ……………………………………………..

Personas kods………………………………………………

Adrese……………………………………………….……...

……………………………………………………….……..

Tālrunis, e-pasts ……………………………………………

**IESNIEGUMS**

**Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu** (atzīmēt vajadzīgo):

uz laiku līdz trīs gadiem  uz laiku līdz invaliditātes noteiktajam termiņam

cits periods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pamatojums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Asistenta pakalpojuma sniedzējs:** vārds, uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, faktiskā dzīvesvieta, kontakttālrunis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_t.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VSAOI likmes statuss: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konta nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informēju, ka**:

saņemu pabalstu par asistenta izmantošanu personām ar I grupas redzes invaliditāti (VSAA pabalsts);

saņemu pabalstu transporta izdevumu kompensēšanai personai ar invaliditāti (VSAA pabalsts);

saņemu asistenta pakalpojumu ES finansēto projektu ietvaros;

saņemu pabalstu par asistenta izmantošanu ES finansēto projekta ietvaros;

izmantoju institūcijas transportu, lai nokļūtu darba vietā, izglītības iestādē vai dienas aprūpes centrā.

**Pielikumā pievienots:**

darba devēja apliecinājums, par algotu darbu;

pašapliecinājums par saimniecisko darbību;

Latvijas Paralimpiskās komitejas apliecinājums, ka persona nodarbojas ar parasportu;

brīvprātīgā darba organizētāja un brīvprātīgā darba veicēja līguma kopija par brīvprātīgā darbu;

kapitālsabiedrības, biedrības vai nodibinājuma apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē;

izglītības iestādes apliecinājumu, ka persona mācās vai studē;

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

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;

likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija;

apliecinājums par nesodāmību (asistentam);

citi dokumenti, pēc sociālā darbinieka pieprasījuma, ja tas nepieciešams lēmuma pieņemšanai, ja šī informācija nav pieejama Pašvaldību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogrammā SOPA.

**Lēmumu nosūtīt uz:**

|  |
| --- |
| deklarētās dzīvesvietas adresi |
| uz citu adresi (norādīt adresi)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ar lēmumu vēlos iepazīties klātienē |
| uz elektroniskā pasta adresi  uz elektroniskā pasta adresi šifrētu ar aizsargātu paroli |
| uz oficiālo elektronisko adresi (norādīt e-adresi)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Apliecinu, ka esmu informēts/-a par to, ka iesniegumā norādītie personas dati tiks apstrādāti Sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu likumā noteikto uzdevumu izpildei. Datu apstrādes pārzinis ir Saldus novada pašvaldība, Striķu iela 3, Saldus, LV-3801. Plašāka informācija par personas datu apstrādi, nolūkiem, datu glabāšanas ilgumu, tiesībām un saņēmējiem pieejama pašvaldības mājaslapā sadaļā Privātuma politika: <https://www.saldus.lv/privatuma-politika/>. Atļauju savus datus (vārdu, uzvārdu, personas kodu, dzīvesvietas adresi, tālruņa nr.) un informāciju par piešķirto pabalstu nodot pakalpojuma sniedzējam.

\*20 \_\_\_\_\_\_\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(paraksts)\**

*\*Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ir parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.*

|  |
| --- |
| **SAŅEMTS**  Saldus novada p/a „Sociālais dienests ”Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (datums) (paraksts) |