**ĶEKAVAS NOVADA SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

Iesniedzējs

Personas kods

Adrese

Tālruņa nr.

E-pasta adrese

**IESNIEGUMS**

Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu

|  |
| --- |
| (vārds, uzvārds, personas kods) |
| (deklarētās dzīvesvietas adrese) |
| (likumiskā pārstāvja personas dati, ja iesniegumu iesniedz pārstāvis) |

(deklarētā dzīvesvietas adrese, tālrunis)

1. Asistenta pakalpojuma pieprasīšanas mērķis (atzīmēt vajadzīgos):

lai strādātu algotu darbu, gūtu ienākumus no saimnieciskās darbības, studētu augstskolā vai koledžā, nodarbotos ar paraolimpisko sportu (80 stundas mēnesī)

lai nokļūtu uz/ no pamata, vidējās vai profesionālās izglītības iestādi, pildītu biedrības vai nodibinājuma vai kapitālsabiedrības valdes locekļa pienākumus (60 stundas mēnesī)

lai veiktu brīvprātīgā darbu (tikai oficiāli noformētas līgumattiecības), nokļūtu uz/ no dienas aprūpes centru vai specializēto darbnīcu, saņemtu regulāras (ne retāk kā reizi nedēļā), ārsta nozīmētas medicīniskās procedūras (hemodialīze, ķīmijterapija) (40 stundas nedēļā)

lai veiktu citas darbības, piemēram, apmeklētu ārstu, sociālus pasākumus u.c. (15 stundas mēnesī)

2. Informēju, ka:

saņemu valsts budžeta finansētu pabalstu personai ar redzes invaliditāti par asistenta izmantošanu

3. Vēlamais asistents:

vārds, uzvārds

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

deklarētā dzīvesvieta un kontakttālrunis:

4. Iesniegumam papildus pievienotie dokumenti (norādīt vajadzīgos):

pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments

darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs pie attiecīgā darba devēja, ja persona strādā algotu darbu

saimnieciskās darbības veicēja pašapliecinājums par saimnieciskās darbības izpildei veicamajām darbībām, ja persona veic saimniecisko darbību

Latvijas Paraolimpiskās komitejas apliecinājums, ka persona nodarbojas ar paraolimpisko sportu, ja persona piedalās nacionālajās vai starptautiskajās paraolimpiskajās sacensībās

brīvprātīgā darba organizētāja vai brīvprātīgā darba veicēja līguma kopija par brīvprātīgā darbu, ja persona veic brīvprātīgā darbu

kapitālsabiedrības apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē

biedrības vai nodibinājuma apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē

izglītības iestādes apliecinājums, ja persona apgūst attiecīgu izglītības programmu konkrētajā mācību iestādē

dienas aprūpes centra vai cita specializētās darbnīcas apliecinājums, ja persona apmeklē attiecīgu institūciju

ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta apliecinājums, ka persona ne retāk kā reizi nedēļā saņem ārsta nozīmētās medicīniskas hemodialīzes vai ķīmijterapijas procedūras

5. Sociālais dienests, izskatot iesniegumu, iegūst informāciju par asistenta pakalpojuma pieprasītāju/saņēmēju no datu bāzēm, iesaistītajām institūcijām.

piekrītu

nepiekrītu

6. Lēmumu par pabalsta piešķiršanu vēlos saņemt:

e-adresē

e-pastā

Ķekavas novada sociālajā dienestā

Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa.

Iesnieguma sastādīšanas datums un vieta \*Datums skatāms laika zīmogā

Iesnieguma iesniedzēja paraksts \*(paraksts)

**Aizpilda asistenta pakalpojuma sniedzējs**

Es,

(vārds, uzvārds, personas kods)

(deklarētās dzīvesvietas adrese, tālrunis)

apliecinu, ka nodrošināšu asistenta / pavadoņa pakalpojumu līgumā paredzētajā apjomā.

Atlīdzību lūdzu ieskaitīt bankas kontā:

Banka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konts:

Darba samaksas aprēķinu sūtīt man uz e - pasta adresi:

Apliecinu, ka nesniedzu asistenta pakalpojumu citā pašvaldībā

Sniedzu asistenta pakalpojumu pašvaldībā stundu apjomā

Pašnodarbināta persona

Esmu informēts, ka mana personas datu apstrāde (savus un savas ģimenes locekļu datus valsts un pašvaldības pieejamos datu reģistros) tiks veikta, ievērojot Eiropas Komisijas regulas 2016/679 "Par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK" (Vispārīgā datu aizsardzības regula) prasības un dati tiks apstrādāti tādā apjomā, kāds nepieciešams iesniegumā pieprasītās informācijas izskatīšanai.

Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa.

Iesnieguma sastādīšanas datums un vieta \*Datums skatāms laika zīmogā

Asistenta / pavadoņa paraksts \*(paraksts)