**ĶEKAVAS NOVADA SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

Iesniedzējs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālruņa Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IESNIEGUMS**

Lūdzu piešķirt pabalstu (neizvērtējot ienākumus) par aizgādnībā esošu/ām personu/ām \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(norādīt aizgādnībā esošas/u personas/u vārdu, uzvārdu, personas kodu)*

Pielikumā dokumenti:

Lūdzu pabalstu ieskaitīt bankas kontā:

Uzvārds, vārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Lēmumu par pabalsta piešķiršanu vēlos saņemt:

e-adresē

e-pastā

Ķekavas novada sociālajā dienestā

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.

Apliecinu, ka nesaņemu pabalstu par aizgādnībā esošu/ām personu/ām citā pašvaldībā.

Apliecinu, ka aizgādnībā esoša/as persona/as saņem pakalpojumu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā vai specializētajā ārstniecības iestādē personām ar garīga rakstura traucējumiem.

Apliecinu, ka aizgādnībā esoša/as persona/as nesaņem pakalpojumu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā vai specializētajā ārstniecības iestādē personām ar garīga rakstura traucējumiem.

Apliecinu, ka 3 (trīs) darba dienu laikā rakstiski informēšu Sociālo dienestu, ja aizgādnībā esoša/as persona/as: sāks saņemt pakalpojumu ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā vai specializētajā ārstniecības iestādē personām ar garīga rakstura traucējumiem; atgriezīsies dzīvesvietā no ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijas vai specializētās ārstniecības iestādes personām ar garīga rakstura traucējumiem; mirusi.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*datums iesniedzēja paraksts*