**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*