**ĶEKAVAS NOVADA SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

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

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

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

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

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

**IESNIEGUMS**

Lūdzu piešķirt dienas aprūpes centra  pakalpojumu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(institūcijas nosaukums)*

Cita informācija:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Pielikumā pievienots:

☐ psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai

☐ klienta likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija

☐ citi dokumenti pēc sociālā darbinieka pieprasījuma, ja tas nepieciešams lēmuma  pieņemšanai

Trūcīgas/maznodrošinātas mājsaimniecības statuss no\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz\_\_\_\_\_\_\_\_, izziņas Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Kontaktpersona *(vārds, uzvārds, kontakttālrunis):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lēmumu 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.

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

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

*datums iesniedzēja paraksts*