**ĶEKAVAS NOVADA SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

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

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

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

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

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

**IESNIEGUMS**

Lūdzu piešķirt sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu valsts ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā personām ar smagiem garīga rakstura traucējumiem

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

*(institūcijas nosaukums)*

Pielikumā pievienots:

ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids (-i) un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību. Izziņā papildus norāda rekomendācijas aprūpei un profilaksei

psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai (attiecināms tikai uz personām ar garīga rakstura traucējumiem)

Kontaktpersona (vārds, uzvārds, kontakttālrunis)

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.

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

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

*datums iesniedzēja paraksts*