27.pielikums

01.03.2023. Ogres novada Sociālā dienesta rīkojumam Nr.1.1-7/10

Saņemts \_\_\_\_.\_\_\_\_20\_\_\_\_.

Reģistrācijas Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGRES NOVADA**

**SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas kods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deklarētā adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-pasts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Iesniegums**

20\_\_\_\_.gada \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sakarā ar to, ka veselības stāvokļa dēļ man ir nepieciešama sociālā aprūpe mājās, jo pats to nespēju nodrošināt, lūdzu izvērtēt manas pašaprūpes, mobilitātes un ar ikdienas mājas dzīvi saistīto funkcionālās spējas **un piešķirt aprūpe mājās pakalpojumu:**

nodrošinot aprūpes mājās pakalpojumu dzīvesvietā

nodrošināt pakalpojumu drošības poga

piešķirt pabalstu aprūpes mājās nodrošināšana

specializētā transporta pakalpojumu

higiēnas pakalpojumu

cits \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pakalpojuma samaksas kārtība:**

par pašvaldības līdzekļiem, jo ir piešķirts trūcīgas, maznodrošinātas mājsaimniecības statuss

veicot līdzmaksājumu

par personīgajiem līdzekļiem

Iesniegumam pievienoju ģimenes ārsta izrakstu.

Ja aprūpi mājās vēlās saņemt pabalsta veidā, lūdzu atzīmēt:

izmaksājot skaidrā naudā;

ieskaitot manā bankas kontā

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L | V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Piekrītu manu un, kā likumīgais pārstāvis, manu pārstāvamo personu personas datu iegūšanai, apstrādei, pārbaudei, uzglabāšanai un nodošanai citām valsts un pašvaldību institūcijām, kas pamatojoties uz Eiropas Parlamenta un Padomes 2016.gada 27.aprīļa regulu (ES)*[*2016/679*](http://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/?locale=LV)*par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ direktīvu*[*95/46/EK*](http://eur-lex.europa.eu/eli/dir/1995/46/oj/?locale=LV) *(Vispārīgā datu aizsardzības regula) un Latvijas 2018.gada 21.jūnija Fizisko personu datu apstrādes līkumu, lai veiktu personu identifikāciju un izvērtētu atbilstību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem.*

*Esmu informēts/a, ka normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, kārtībā un apjomā personas dati var tikt nodoti citām valsts un pašvaldību institūcijām.*

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

/paraksts/

Iesniegumu pieņēma sociālā darba speciālists\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/paraksts /