**Preiļu novada Labklājības pārvaldes**

 **Sociālajam dienestam**

Aglonas iela 1a, Preiļi, Preiļu novads, LV–5301

labklajibas.parvalde@preili.lv

**Iesniedzēja**

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

vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā dzīvesvieta

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

tālrunis

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

e-pasta adrese

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

 **kā bērna** vārds, uzvārds, personas kods

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

deklarētā dzīvesvieta

**likumiskā pārstāvja**

iesniegums

**Lūdzu piešķirt sociālās rehabilitācijas pakalpojumu dzīvesvietā/ institūcijā** */ vēlamo pasvītro/* **manam bērnam, kurš cietis no prettiesiskām darbībām. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** */norāda, no kāda veida vardarbības bērns cietis un kur tā notikusi/.*

Pielikumā: /atzīmēt atbilstošo/

* ģimenes ārsta izsniegta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids(-i), medicīnisko kontrindikāciju neesību un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību (veidlapa Nr.027/u)
* izraksts no stacionārā vai ambulatorā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr.027/u) par saņemto ārstēšanu un medicīnisko rehabilitāciju (ja tāda sniegta)

**Piekrītu informāciju par pozitīvu lēmumu saņemt:** */atzīmēt vienu atbilstošo/*

* uz iesniegumā norādīto e-pastu
* uz iesniegumā norādīto adresi
* mutiski
* rakstiska atbilde nav nepieciešama

***Ar šo dodu piekrišanu un apliecinu, ka esmu informēts/-a par manu personas datu apstrādi****, ko Sociālais dienests veiks, izmantojot valsts un pašvaldības datu bāzes, lai objektīvi izvērtētu atbilstību pakalpojuma saņemšanai, saskaņā ar Vispārīgo datu aizsardzības regulu, ar man sniegto un Preiļu novada pašvaldības privātuma paziņojumā iekļauto informāciju.*

*Savāktie dati netiks nodoti trešajām personām, izņemot gadījumus, ja tas ir nepieciešamas noteiktās datu apstrādes nolūkiem, vai, ja šādu pienākumu uzliek normatīvie akti.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

datums paraksts un atšifrējums