**Preiļu novada Labklājības pārvaldes**

**Sociālajam dienestam**

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

[labklajibas.parvalde@preili.lv](mailto: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)

**Labvēlīga lēmuma gadījumā lēmumu vēlos saņemt:** */atzīmēt vienu atbilstošo/*

* klātienē;
* uz iesniegumā norādīto e-pastu;
* izmantojot pasta pakalpojumus, uz iesniegumā norādīto adresi.

***Ar šo dodu piekrišanu un apliecinu, ka esmu informēts/-a par manu*** *(arī nepilngadīgo bērnu vai aizbildnībā esošo personu)* ***personas datu apstrādi****, ko veiks Preiļu novada pašvaldība, lai izvērtētu manu atbilstību sociālās palīdzības, materiālās palīdzības un sociālo pakalpojumu saņemšanai.*

*Datu pārzinis ir Preiļu novada pašvaldība, reģistrācijas Nr. 90000065720, juridiskā adrese: Raiņa bulvāris 19, Preiļi, LV5301, kas veic personas datu apstrādi ar nolūku iesnieguma par sociālās palīdzības, materiālās palīdzības un sociālo pakalpojumu sniegšanu izskatīšanu/nodrošināt sociālās palīdzības, materiālās palīdzības un sociālo pakalpojumu uzskaiti, administrēšanu.*

*Papildus informāciju par personas datu apstrādi var iegūt Preiļu novada pašvaldības tīmekļa vietnes* [*www.preili.lv/lv*](http://www.preili.lv/lv) *sadaļā Pašvaldība / Personas datu aizsardzība, iepazīstoties ar Preiļu novada pašvaldības “Personas datu apstrādes privātuma politika”.*

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

datums paraksts un atšifrējums