

**PREIĻU NOVADA
LABKLĀJĪBAS PĀRVALDES**
Sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu nodaļai
Aglonas iela 1a, Preiļi, LV – 5301
labklajibas.parvalde@preili.lv

vārds, uzvārds,

personas kods

deklarētā dzīves vieta

kontakttālrunis

iesniegums

Lūdzu piešķirt sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu Preiļu novada Labklājības pārvaldes Dienas aprūpes centrā manā aizgādībā esošajam/i

_____, _____

/vārds, uzvārds/

/personas kods/

kā personai ar funkcionāliem traucējumiem sākot ar 201_ . gada ____ . _____.

/datums/

Pielikumā pievienoti sekojoši dokumenti:

- 1) Psihiatra atzinums par speciālo (psihisko) kontrindikāciju neesību un piemērotāko sociālā pakalpojuma veidu (*personai ar garīga rakstura traucējumiem*);
- 2) Ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli (*norāda funkcionālo spēju traucējumu smaguma pakāpi un medicīnisko kontrindikāciju neesību*);
- 3) Invaliditāti apliecinoša dokumenta kopija.

Esmu sniedzis patiesas ziņas par sevi un citu iesniegumā norādīto personu. Apzinos, ka, nepatiesu ziņu sniegšanas gadījumā, iestājas atbildība saskaņā ar spēkā esošajiem tiesību aktiem.

Piekrītu savu personas datu apstrādei, saskaņā ar Vispārīgo datu aizsardzības regulu.

datums

paraksts