Balvu novada

Sociālajai pārvaldei

Raiņa ielā 52, Balvos, Balvu novadā

**IESNIEGUMS**

asistenta pakalpojuma piešķiršanai

Lūdzu piešķirt **asistenta pakalpojumu**

|  |
| --- |
|  (vārds, uzvārds) (personas kods)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(deklarētā dzīvesvietas adrese un saziņas veids- kontakttālrunis, e-pasts, cits)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīvesvietas adrese un saziņas veids- kontakttālrunis, e-pasts, ja iesniegumu iesniedz likumiskais pārstāvis) |

1. Asistenta pakalpojuma **izmantošanas mērķis** (atzīmēt vajadzīgo):

  lai strādātu algotu darbu, gūtu ienākumus no saimnieciskās darbības, studētu augstskolā vai koledžā vai nodarbotos ar paraolimpisko sportu**;**

 lai nokļūtu uz pamata, vidējās vai profesionālās izglītības iestādi vai no tās, lai pildītu biedrības vai nodibinājuma, vai kapitālsabiedrības valdes locekļa pienākumus;

 lai veiktu brīvprātīgā darbu (tikai juridiski noformētas līgumattiecības), nokļūtu uz dienas aprūpes centru vai specializēto darbnīcu vai no tās, saņemtu regulāras (ne retāk kā reizi nedēļā) ārsta nozīmētas medicīniskas procedūras (hemodialīze, ķīmijterapija);

 lai veiktu citas darbības, piemēram, apmeklētu ārstu, sociālos pasākumus u.c.

2. Asistenta pakalpojuma nodrošināšanai nepieciešami **sabiedriskā/privātā transporta izdevumi** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

3. Iespējamais **asistenta pakalpojuma sniedzējs** (norāda, ja persona ir izvēlējusies konkrētu asistenta pakalpojuma sniedzēju):

vārds, uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

deklarētā dzīvesvieta un kontakttālrunis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4. **Apliecinu**, ka:

 Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija (turpmāk – VDEĀK) noteikusi I vai II invaliditātes grupu, noteikusi redzes, kustību vai garīga rakstura funkcionālos traucējumus, vai VDEĀVK izsniegusi atzinumu vieglā automobiļa speciālajai pielāgošanai un pabalsta saņemšanai transporta izdevumu kompensēšanai;

 saņemu no valsts budžeta finansētu pabalstu personai ar redzes invaliditāti par asistenta izmantošanu;

 saņemu valsts pabalstu īpašai kopšanai;

 saņemu valsts pabalstu transporta izdevumu kompensācijai;

 saņemu asistenta pakalpojumu ES finansēto projektu ietvaros;

 saņemu pabalstu par asistenta izmantošanu ES finansēto projektu ietvaros;

 izmantoju institūcijas transportu un saņemu palīdzību, lai nokļūtu darba vietā, izglītības iestādē vai dienas aprūpes centrā.

5. Iesniegumam **pievienoti dokumenti** (norādīt vajadzīgo):

 likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija;

 darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs pie attiecīgā darba devēja, ja persona strādā algotu darbu;

 saimnieciskās darbības veicēja pašapliecinājums par saimnieciskās darbības izpildei veicamajām darbībām, ja persona veic saimniecisko darbību;

 Latvijas Paralimpiskās komitejas apliecinājums, ka persona nodarbojas ar paraolimpisko sportu, ja persona piedalās nacionālajās vai starptautiskajās paraolimpiskajās sacensībās;

 brīvprātīgā darba organizētāja un brīvprātīgā darba veicēja līguma kopija par brīvprātīgā darbu, uzrādot oriģinālu, ja dokumenti tiek iesniegti klātienē, ja persona veic brīvprātīgā darbu;

 biedrības vai nodibinājuma apliecinājums, ja persona ir ievēlēta valdē;

 izglītības iestādes apliecinājums, ka persona apgūst attiecīgu izglītības programmu konkrētajā izglītības iestādē;

 dienas aprūpes centra vai specializētās darbnīcas apliecinājums, ja persona apmeklē attiecīgās institūcijas;

 ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārstējošā ārsta apliecinājums, ka persona ne retāk kā reizi nedēļā saņem ārsta nozīmētas medicīniskas hemodialīzes vai ķīmijterapijas procedūras;

 cits dokuments (norādīt kāds)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Esmu informēts, ka personas dati tiks apstrādāti Balvu novada pašvaldības noteiktā mērķa īstenošanai: sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības sniegšanai.

Personas datu pārzinis ir Balvu novada pašvaldība. Adrese: Bērzpils iela 1A, Balvi, Balvu novads, LV-4501, reģistrācijas Nr.90009115622, Tālr. 64522453, epasts: dome@balvi.lv.

Personas datus apstrādās Balvu novada Sociālā pārvalde, juridiskā adrese Raiņa iela 52, Balvi, Balvu novads, LV-4501, tālrunis 64521998, elektroniskā pasta adrese: socparvalde@balvi.lv.

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datums, mēnesis, gads) (paraksts)

Iesniegumu pieņēma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/