|  |  |
| --- | --- |
| No |  |
|  | *Vārds uzvārds* |
|  |  |
|  | *Personas kods* |
|  |  |
|  | *Deklarētā dzīvesvieta*  |
|  | Tālrunis |  |

IESNIEGUMS ASISTENTA PAKALPOJUMA PIEŠĶIRŠANAI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | . |  | 20 |  | g. |  | **Ventspils novada Sociālajam dienestam** |
|  |
| Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu. |
|  |  |  |
| (vārds, uzvārds) |  | (personas kods) |
|  |
| (deklarētās dzīvesvietas adrese un saziņas veids - kontakttālrunis, e-pasta adrese, cits) |
|  |
| (pārstāvja personas dati, ja iesniegumu iesniedz pārstāvis) |
|  |
| 1. Vēlamais asistenta pakalpojuma stundu skaits nedēļā |  |
|  |
|  |
| (paskaidrot, ja vēlamais stundu skaits atšķiras, piemēram, mācību gada laikā) |
| 2. Vēlamais pakalpojuma sadalījums pa nedēļas dienām |  |
|  |
|  |
| (ja tas ir zināms) |
|  |
| 3. Asistenta pakalpojuma izmantošanas mērķis (atzīmēt vajadzīgos): |
|  | ikdienas nokļūšana darbavietā |
|  | ikdienas nokļūšana izglītības iestādē |
|  | augstākās izglītības apgūšana (tikai personām ar I grupas redzes invaliditāti un bērniem ar redzes traucējumiem) |
|  |
|  | ikdienas apmācību kursi, pārkvalifikācijas pasākumi u.c. |
|  | ikdienas nokļūšana dienas aprūpes centrā |
|  | regulāra piedalīšanas nevalstisko organizāciju, sporta, pašdarbības, ārpusskolas u.c. aktivitātēs  |
|  |
|  | regulāra ārstniecības pakalpojumu saņemšana un ģimenes ārsta apmeklēšana (atbilstoši ārstu nosūtījumiem)  |
|  |
|  | neregulāra pakalpojumu saņemšana (iepirkšanās, institūciju apmeklējumi u.c.) |
|  | neregulāra piedalīšanās pašdarbības kolektīvu, pulciņu u.c. darbībā |
|  | brīvā laika pavadīšana (pasākumu apmeklējums, saskarsme ar citām personām u.c.) |
|  | citas aktivitātes (norādīt kādas un kur) |  |  |
|  |
| 4. Iespējamais asistenta pakalpojuma sniedzējs (norāda tikai gadījumā, ja persona ir izvēlējusies konkrētu asistenta pakalpojuma sniedzēju): |
|  |  |  |  |  |
| *vārds, uzvārds* |  | *personas kods* |  | *kontakttālrunis* |
|  |
| *deklarētā dzīvesvieta* |

|  |
| --- |
| 5. Iesniegumam pievienotie dokumenti (norādīt vajadzīgos):  |
|  | pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments |
|  | Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums |
|  | darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs, ja persona strādā |
|  | izglītības iestādes apliecinājums, ja persona mācās |
|  | dienas aprūpes centra vai cita pakalpojuma sniedzēja apliecinājums, ja persona apmeklē attiecīgu institūciju |
|  |
|  | institūcijas apliecinājums par personas regulāru iesaistīšanos dažādos sociālos pasākumos |
|  | cits dokuments (norādīt kāds) |  |
|  |
| 6. Informēju, ka:  |
|  | saņemu asistenta pakalpojumu ES finansēto projektu ietvaros |
|  | saņemu pabalstu par asistenta izmantošanu ES finansēto projektu ietvaros |
|  | izmantoju institūcijas transportu un saņemu palīdzību, lai nokļūtu darbavietā, izglītības iestādē vai dienas aprūpes centrā un transportā |
|  |
| 7. Sociālais dienests, izskatot iesniegumu, iegūst informāciju par asistenta pakalpojuma pieprasītāju/saņēmēju no datu bāzēm, iesaistītajām institūcijām. |
|  | piekrītu |
|  | nepiekrītu |
|  |
| Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa. |
|  |
| Iesnieguma sastādīšanas datums un vieta |  |
|  |
| Iesnieguma iesniedzēja / iesniedzēja pārstāvja paraksts |  |  |

***Informācija par personas datu apstrādi***,

*attiecināma uz tām fiziskām personām, kuras šajā iesniegumā ir norādījušas*

*personu datus*

**Pārzinis personas datu apstrādei** - Ventspils novada pašvaldība, reģistrācijas Nr. 90000052035, juridiskā adrese Skolas iela 4, Ventspils, LV-3601, tālrunis 63629450, elektroniskā pasta adrese *info@ventspilsnd.lv*.

**Personas datu aizsardzības speciālista kontaktinformācija** - elektroniskā pasta adrese *datuaizsardziba@ventspilsnd.lv*.

**Jūsu sniegto personas datu** (vārds, uzvārds, personas kods, adrese, kontaktinformācija, ziņas par invaliditāti, ziņas par sociālo stāvokli, veselības dati) **apstrādes mērķis** - izvērtēt un pieņemt lēmumu par asistenta pakalpojuma piešķiršanu personām ar invaliditāti, kuras savu dzīvesvietu deklarējušas Ventspils novada administratīvajā   teritorijā.

**Tiesiskais pamats** Jūsu sniegto personas datu apstrādei ir pārzinim tiesību aktos noteikto juridisko pienākumu izpilde (Invaliditātes likums u.c.)

**Personas datu saņēmēji** – Ventspils novada domes struktūrvienību pilnvarotie darbinieki, Ventspils novada Sociālais dienests.

**Jūsu sniegtie personas dati** tiks glabāti saskaņā ar Arhīvu likumu.

**Informējam, ka Jums kā datu subjektam ir tiesības:**

1) pieprasīt pārzinim piekļūt Jūsu, kā datu subjekta, apstrādātajiem personas datiem, lūgt neprecīzo personas datu labošanu vai dzēšanu, iesniedzot pamatojumu Jūsu lūgumam, likumā noteiktajos gadījumos lūgt Jūsu personas datu apstrādes ierobežošanu, kā arī iebilst pret apstrādi;

2) iesniegt sūdzību par nelikumīgu Jūsu personas datu apstrādi Datu valsts inspekcijā.

*Sīkāku informāciju par personas datu apstrādi var iegūt mājaslapā www.ventspilsnovads.lv.*

*Iesnieguma iesniedzējs apņemas informēt pārējās personas, kuras minētas iesniegumā, par to personu datu apstrādi, kas saistītas ar iesnieguma izskatīšanu.*

**Ar informāciju par personas datu apstrādi iepazinos :**

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

 (paraksts, tā atšifrējums, datums)