Ventspils novada pašvaldības iestādei “Ventspils novada Sociālais dienests”

VĀRDS, UZVĀRDS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONAS KODS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TĀLRUNIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-PASTS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEKLARĒTĀ ADRESE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAKTISKI DZĪVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IESNIEGUMS

Problēmas izklāsts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Vēlamais risinājums: **Lūdzu piešķirt ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas pakalpojumu institūcijā.**

Informācija par apgādniekiem:

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

* Esmu iepazinies/-usies ar Ventspils novada pašvaldības iestādes “Ventspils novada Sociālais dienests” sniegto informāciju un esmu informēts par nepieciešamo datu apstrādi saskaņā ar Eiropas Parlamentu un Padomi 27.04.2016. Vispārīgās datu aizsardzības regulu.

Pielikumā pievienots:

* + ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids(-i) un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību. Izziņā papildus norāda rekomendācijas aprūpei un profilaksei.
  + psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai (attiecināms tikai uz personām ar garīga rakstura traucējumiem).
* atzinums par apgādnieka(ku) mājsaimniecības ienākumu izvērtēšanu.
* citi dokumenti pēc sociālā darbinieka pieprasījuma, ja tas nepieciešams lēmuma  pieņemšanai.

20\_\_\_\_\_\_.gada\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reģ. Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saņemts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesniegumu pieņēma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_