**Mārupes novada Sociālajam dienestam**

**Iesniedzējs:**

|  |
| --- |
|  |
| *(vārds, uzvārds)* |
| *(personas kods)* |
| *(deklarētā dzīvesvieta)* |
| *(dzīves vietas adrese, durvju kods)* |
| *(tālrunis, e-pasts)* |

**IESNIEGUMS Nr.\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Lūdzu piešķirt pabalstu medicīnisko pakalpojumu segšanai: |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

Apliecinu, ka pabalstu izlietošu paredzētam mērķim. Esmu informēts (-a) par sociālo palīdzību pašvaldībā.

**Pabalstu vēlos saņemt:**

Mārupes novada domes kasē;

Ar pārskaitījumu uz bankas kontu:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 .gada . |  |  |  |  |
|  |  | *paraksts* |  | *vārds, uzvārds* |

Esmu informēts(-a), ka šajā iesniegumā ietvertie personas dati ir nepieciešami un tie tiks izmantoti, lai nodrošinātu iesniegumā pieprasītā pakalpojuma sniegšanu atbilstoši normatīvo aktu prasībām.

Informāciju par personu datu apstrādi var iegūt Mārupes novada pašvaldības informatīvajā vietnē [www.marupe.lv](http://www.marupe.lv), sadaļā – datu privātuma politika, klātienē: Mārupes novada pašvaldība, reģ.Nr.90000012827, adrese: Daugavas iela 29, Mārupe, Mārupes novads, LV-2167.