**Mārupes novada Sociālajam dienestam**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(vārds, uzvārds)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(personas kods)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(deklarētā dzīvesvieta)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(e-pasts)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(kontakttālrunis)*

**IESNIEGUMS**

 Lūdzu piešķirt pabalstu veselības aprūpei

**☐**  personai ar invaliditāti līdz 18 gadu vecumam

**☐**  ar celiakiju slimam bērnam

*(bērna vārds, uzvārds, personas kods)*

Uzrādu:

**☐** bērna invaliditāti apliecinošu dokumentu

**☐** ārsta izsniegtu izziņu, kurā norādīta diagnoze - celiakija

Apliecinu, ka:

**☐** bērna dzīvesvieta deklarēta Mārupes novada administratīvajā teritorijā

**☐**  mana dzīvesvieta deklarēta Mārupes novada administratīvajā teritorijā nepārtraukti vismaz vienu gadu pirms pabalsta pieprasīšanas.

Lūdzu pabalstu:

* izmaksāt skaidrā naudā Valsts akciju sabiedrības “Latvijas Pasts” nodaļā;
* izmaksāt ar pārskaitījumu kredītiestādes norēķinu kontā:

|  |
| --- |
|  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( vārds, uzvārds, personas kods)*

**☐**  Apliecinu, ka esmu sniedzis/sniegusi precīzas un patiesas ziņas par sevi un par ģimenes

 locekļiem.

**☐** Pozitīva lēmuma gadījumā rakstiska atbilde nav nepieciešama.

**☐** Lēmumu lūdzu nosūtīt uz iesniegumā noradīto: **☐** e-pastu vai **☐** dzīvesvietas adresi.

**\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_\_\_\_.**  \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(iesniedzēja paraksts un atšifrējums)*

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.

**Saņemts \_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_\_\_\_.**

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(darbinieka vārds, uzvārds, paraksts)*

**Iereģistrēts ar Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lēmuma Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**