**Mārupes novada Sociālajam dienestam**

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

*(vārds, uzvārds)*

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

*(personas kods)*

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

*(deklarētā dzīvesvieta)*

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

*(e-pasts)*

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

*(kontakttālrunis)*

**IESNIEGUMS**

 Lūdzu piešķirt pabalstu veselības aprūpei bērnam invalīdam/ar celiakiju slimam bērnam (vajadzīgo pasvītrot)

*(bērna vārds, uzvārds, personas kods)*

**☐** uzrādu vai pievienoju (kopiju) bērna invaliditātes apliecību

**☐** pievienoju ārsta izziņu, kurā norādīta diagnoze celiakija

Apliecinu, ka:

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

**☐** vecāka deklarētā dzīvesvieta ir ne mazāk kā vienu gadu Mārupes novada administratīvajā teritorijā

Pabalstu lūdzu izmaksāt:

* skaidrā naudā Mārupes novada pašvaldības kasē, Daugavas ielā 29, Mārupē;
* ar pārskaitījumu uz bankas vai pasta norēķinu kontu:

|  |
| --- |
|  |

**☐**  Atļauju Sociālajam dienestam iepazīties ar iesniegumā norādīto personu datiem valsts un

 pašvaldības datu bāzēs un reģistros, kas nepieciešami lēmuma pieņemšanai.

**☐**  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)*

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

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

 *(darbinieka vārds, uzvārds, paraksts)*

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

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