Lubānas novada pašvaldības iestādei

"Lubānas novada sociālais dienests"

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

(klienta vārds, uzvārds)

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

(personas kods)

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

(adrese)

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

(tālrunis)

IESNIEGUMS

Lubānā

***Par ievietošanu valsts apmaksātā ilgstošās***

***sociālās aprūpes rehabilitācijas iestādē***

Lūdzu piešķirt ilgstošās sociālās aprūpes un rehabilitācijas pakalpojumu valsts apmaksātā institūcijā. Vēlamās institūcijas nosaukums:

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

**Nepieciešamie dokumenti:**

* **Ģimenes ārsta izziņa** (veidlapa 027/u) **par veselības stāvokli**, kurā norāda funkcionālo spēju traucējumu smaguma pakāpi un medicīnisko kontrindikāciju (plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības, seksuāli transmisīvas slimības) neesamību.
* **Psihiatra atzinums;**
* **Personas vajadzība pēc sociālajiem pakalpojumiem novērtēšanas karte** (5.pielikums).

Pakalpojuma sniegšanai, saskaņā ar spēkā esošiem normatīvajiem aktiem un Lubānas novada pašvaldības saistošajiem noteikumiem, atļauju apstrādāt manus personīgos datus, atbilstoši fizisko personu datu aizsardzības likumam.

Lubānā, 20\_\_\_.gada\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (paraksts) (paraksta atšifrējums)

Iepazinos ar pieņemto lēmumu,

rakstisku atbildi saņemt nevēlos/vēlos (vajadzīgo pasvītrot), ja vēlas, tad:

□ E-pastā\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(e-pasta adrese)

□ Personīgi SD

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_