

**Daugavpils pilsētas pašvaldības iestādei
"Sociālais dienests"**

(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(adrese)

(tālrunis)

IESNIEGUMS

Daugavpilī

Lūdzu piešķirt pabalstu veselības aprūpei:

- kompensēt medikamentu iegādes izmaksas
- kompensēt autiņbikšīšu iegādes izmaksas
- kompensēt optisko brīļļu lēcu iegādes izdevumus
- kompensēt medicīnisko ierīču iegādes izmaksas
- kompensēt izmaksas par vizīti pie ārsta speciālista
- kompensēt zobu ārstēšanas/protezēšanas/ortodonta izmaksas
- kompensēt pacienta iemaksas un līdzmaksājumus par operācijas izdevumiem

Pabalstu vēlos saņemt kā:

- Esmu invalīds (-e) ar kopšanas indikācijām, kopējais ienākums mēnesī sastāda EUR _____ apmērā
- Ir maznodrošinātas ģimenes/personas statuss/
- Ir trūcīgas ģimenes/personas statuss/ ģimenē ir bērns, kuram nepieciešami ortodonta pakalpojumi

Lūdzu pabalstu:

- Izmaksāt kasē.
- Pārskaitīt uz manu bankas kontu Nr. _____.

Bankas nosaukums _____.

Pabalsta saņemšanai, saskaņā ar spēkā esošiem normatīvajiem aktiem un Daugavpils pašvaldības saistošiem noteikumiem, atļauju apstrādāt manus personīgos datus, atbilstoši fizisko personu datu aizsardzības likumam.

Daugavpilī

20____.gada____.

(paraksts)

Iepazinos ar pieņemto lēmumu,
rakstiska atbilde nav nepieciešama

Paraksts _____

Datums _____

SAŅEMTS
Daugavpils pilsētas pašvaldības
iestāde "Sociālais dienests"

Nr. _____