

Daugavpils pilsētas pašvaldības iestādei "Sociālais dienests"

_____ (vārds, uzvārds)

_____ (personas kods)

_____ (adrese)

_____ (tālrunis)

IESNIEGUMS

Daugavpilī

Lūdzu kompensēt medikamentu iegādes izmaksas EUR _____ apmērā.

Lūdzu kompensēt optisko briļļu lēcu iegādes izmaksas EUR _____ apmērā.

Lūdzu kompensēt medicīniskā aparāta iegādes izmaksas EUR _____ apmērā.

Lūdzu kompensēt izmaksas par vizīti pie ārsta speciālista EUR _____ apmērā.

Lūdzu kompensēt zobu ārstēšanas/protezēšanas/ortodonta izmaksas EUR _____ apmērā.

Lūdzu kompensēt veselības apdrošināšanas polises iegāde izmaksas EUR _____ apmērā.

Lūdzu kompensēt bezglutēna pārtikas produktu iegādes izdevumus EUR _____ apmērā.

Pabalstu vēlos saņemt atbilstoši Daugavpils pilsētas saistošiem noteikumiem Nr. _____

kā _____

Lūdzu pabalstu:

Izmaksāt kasē.

Pārskaitīt uz manu bankas kontu Nr. _____.

Bankas nosaukums _____.

Atbalsta saņemšanai, saskaņā ar spēkā esošiem normatīvajiem aktiem un Daugavpils pašvaldības saistošajiem 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. _____