

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

(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(adrese)

(tālrunis)

IESNIEGUMS
Daugavpilī

Lūdzu piešķirt pabalstu veselības aprūpei:

- kompensēt medikamentu iegādes izmaksas
- kompensēt optisko brīļu lēcu iegādes izdevumus
- kompensēt medicīnisko ierīču iegādes izmaksas
- kompensēt izmaksas par vizīti pie ārsta speciālista
- kompensēt zobu ārstēšanas/protezēšanas/ortodonta izmaksas
- kompensēt bezglutēna pārtikas produktu iegādes izdevumus

Lūdzu pabalstu:

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

Bankas nosaukums _____

Pabalsta saņemšanai, saskaņā ar spēkā esošiem normatīvajiem aktiem, atļauju apstrādāt manus personīgos datus, atbilstoši Fizisko personu datu aizsardzības likumam.

20____.gada____._____

(paraksts)

Iepazinos ar pieņemto lēmumu, rakstiskās
atbildes saņemšanas izvēle :

- E-pastā _____
(e-pasta adrese)
- Pa pastu _____
(klienta faktiskās dzīvesvietas pasta adrese)

Personīgi SD

Atbildi nevēlos saņemt

Paraksts _____

Datums _____

SANĒMTS

Daugavpils pilsētas pašvaldības

iestāde "Sociālais dienests"

Nr. _____