

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

(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(deklarētā dzīves vieta)

(tālrunis)

**IESNIEGUMS
Daugavpilī**

Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu _____

(vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīves vieta)

1. Persona:

- no 5 – 18 gadu vecumam ar invaliditāti;
- ar I grupas redzes invaliditāti;
- ar I vai II grupas invaliditāti ar šādiem funkcionēšanas ierobežojumiem:
 - pārvietošanās traucējumi;
 - pārvietošanās traucējumi (*īpašas kopšanas pabalsta saņēmēji*);
 - garīgās veselības traucējumi;
 - garīgās veselības traucējumi (*īpašas kopšanas pabalsta saņēmēji*);
 - abu augšējo ekstremitāšu anatomiski defekti: *amputācijas stumbri plaukstu pamata līmenī vai augstāk;*

2. Vēlamais asistenta pakalpojuma sniedzējs (ja personai tas ir zināms) _____

(vārds, uzvārds, personas kods, kontaktinformācija, deklarētā dzīvesvietas adrese)

3. Asistenta pakalpojuma saņemšanas mērķis (atzīmēt vajadzīgos):

- ikdienas nokļūšana darba vietā _____
(darba devēja nosaukums, adrese)
- ikdienas nokļūšana izglītības iestādē _____
(izglītības iestādes nosaukums, adrese)
- augstākās izglītības apgūšana _____
(tikai personām ar I grupas redzes invaliditāti) *(izglītības iestādes nosaukums, adrese)*
- sociālās aprūpes /vai sociālās rehabilitācijas institūciju apmeklēšana _____
(institūcijas nosaukums, adrese)
- ārstniecības pakalpojumu saņemšana (*atbilstoši ārstējošā ārsta izsniegtam dokumentam*), iestādes (*valsts un pašvaldības*) un/vai institūcijas (*finanšu vai personas interešu aizstāvības*) apmeklējums _____

SAŅEMTS
Daugavpils pilsētas pašvaldības iestāde
"Sociālais dienests"

Nr. _____

iesaistīšanās sociālajos pasākumos (*darbs biedrībā vai nodibinājumā, brīvprātīgs darbs, nodarbošanās ar sportu, piedalīšanās pašdarbības kolektīvos, ārpusskolas pasākumi bērniem un cita interešu izglītība*)

iesaistīšanās sociālās iekļaušanas pasākumos (*iepirkšanās, teātru, koncertu, sporta spēļu, citu pasākumu un sabiedrisku vietu apmeklējums, kas saistīts ar brīvā laika pavadīšanu*)

4. Informēju, ka:

- saņemu Invaliditātes likuma 12.panta 2.punktā noteikto pabalstu par asistenta izmantošanu 10 stundas nedēļā personai ar I grupas redzes invaliditāti;
- izmantoju institūcijas transportu un saņemu palīdzību, lai nokļūtu darba vietā, izglītības iestādē vai dienas aprūpes centrā un transportā.

5. Sociālais dienests, izskatot iesniegumu, iegūst informāciju par asistenta pakalpojuma pieprasītāju/saņēmēju no datu bāzēm, iesaistītajām institūcijām.

- piekrītu nepiekrītu

6. Iesniegumam tiek pievienotas šādu dokumentu kopijas:

Dokumenta nosaukums	Iesniegtie dokumenti (dokumenta izdošanas datums un numurs)
Likumiskā pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments	
Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par asistenta pakalpojuma nepieciešamību, ja asistenta pakalpojumu pieprasa persona, vecāka par 18 gadiem (<i>personai, kurai asistents nepieciešams tādu darbību veikšanai ārpus mājokļa, kuras tā funkcionēšanas ierobežojumu dēļ nevar veikt patstāvīgi</i>)	
Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību sakarā ar smagiem funkcionāliem traucējumiem (<i>ja pakalpojumu pieprasa bērnam no 5 – 18 gadu vecumam</i>)	
Darba devēja apliecinājums	
Izglītības iestādes apliecinājums	
Dienas centra vai cita rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēja apliecinājums	
Institūciju apliecinājums par attiecīgās personas dalību pasākumos (<i>darbs biedrībā vai nodibinājumā, brīvprātīgs darbs, nodarbošanās ar sportu, piedalīšanās pašdarbības kolektīvos, ārpusskolas pasākumi bērniem un cita interešu izglītība</i>)	
Citi	

Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa. Atļauju apstrādāt manus personīgos datus, atbilstoši Fizisko personu datu aizsardzības likumam.

201__ . gada __ . _____

Iesnieguma iesniedzēja/ iesniedzēja pārstāvja paraksts _____

/paraksta atšifrējums/