16.pielikums

01.03.2023. Ogres novada Sociālā dienesta rīkojumam Nr.1.1-7/10

Saņemts \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_.

 Reģistrācijas Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **OGRES NOVADA**

**SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

Vārds, uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas kods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deklarētā adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālruņa numurs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-pasta adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Iesniegums

**Lūdzu piešķirt apbedīšanas pabalstu** sakarā ar

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

 (mirušā vārds, uzvārds, personas kods)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nāvi.

 (mirušā deklarēta adrese)

Esmu uzņēmusies (-ies) mirušās personas apbedīšanu.

**Papildus par mirušo sniedzu sekojošas ziņas:** (atbilstošo atzīmēt):

□ mirušās personas VSAA apbedīšanas pabalsta apmērs ir EUR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

□ par mirušo personu nav tiesību saņemt apbedīšanas pabalstu no VSAA;

□  mirušai personai bija noslēgts uztura līgums vai dāvinājuma līgums.

**Iesniegumam pievienoju sekojošus dokumentus:** (atbilstošo atzīmēt):

□ VSAA lēmuma kopiju par apbedīšanas pabalstu;

□ apbedīšanas pakalpojumu izdevumus apliecinošu dokumentu;

□ miršanas apliecības kopija, citi dokumenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Apbedīšanas pabalstu vēlos saņemtuz norādīto bankas kontu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L | V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Konta numurs

Piekrītu, ka ar pozitīvu lēmumu tieku iepazīstināts/a **mutiski uz šajā iesniegumā norādīto tālruņa numuru** \_\_\_\_\_**jā**; \_\_\_\_\_**nē.**

*Piekrītu manu un, kā likumīgais pārstāvis, manu pārstāvamo personu personas datu iegūšanai, apstrādei, pārbaudei, uzglabāšanai un nodošanai citām valsts un pašvaldību institūcijām, kas pamatojoties uz Eiropas Parlamenta un Padomes 2016.gada 27.aprīļa regulu (ES)*[*2016/679*](http://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/?locale=LV)*par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ direktīvu*[*95/46/EK*](http://eur-lex.europa.eu/eli/dir/1995/46/oj/?locale=LV) *(Vispārīgā datu aizsardzības regula) un Latvijas 2018.gada 21.jūnija Fizisko personu datu apstrādes līkumu, lai veiktu personu identifikāciju un izvērtētu atbilstību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem.*

*Esmu informēts/a, ka normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos, kārtībā un apjomā personas dati var tikt nodoti citām valsts un pašvaldību institūcijām.*

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

 / iesniedzēja paraksts/

Iesniegumu pieņēma sociālā darba speciālists \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /paraksts, paraksta atšifrējums/