8.pielikums

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

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

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

 **OGRES NOVADA**

**SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

**Aizgādņa vārds, uzvārds** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**Aizgādnībā esošas personas vārds, uzvārds** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Faktiskā adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Iesniegums

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

 (datums)

**Lūdzu piešķirt pabalstu aizgādnim.**

Piešķirto pabalstu vēlos saņemt ar pārskaitījumu uz manu konta numuru:

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

Esmu informēts/-a, ka man ir pienākums **piecu dienu laikā paziņot Sociālajam dienestam** par apstākļiem, kas varētu būt par pamatu pabalsta apmēra maiņai vai pabalsta izmaksas izbeigšanai:

* aizgādnībā esošas personas ievietošana institūcijā vai aizgādnībā esošas personas atgriešanās dzīvesvietā no institūcijas;
* aizgādnībā esoša persona ir mainījusi deklarēto dzīvesvietu ārpus Ogres novada administratīvās teritorijas;
* citi apstākļi, kas varētu būt par pamatu pabalsta apmēra maiņai vai pabalsta izmaksas izbeigšanai.

*Piekrītu manu un 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_