Liepājas pilsētas domes Sociālā dienesta

direktorei I. BARTKEVIČAI

IESNIEGUMS

 asistenta pakalpojuma piešķiršanai

**Lūdzu piešķirt asistenta pakalpojumu**

|  |
| --- |
|  (vārds, uzvārds) |
|  (personas kods) |
| (deklarētās dzīvesvietas adrese un saziņas veids - kontakttālrunis, e-pasta adrese, cits)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(pārstāvja personas dati, ja iesniegumu iesniedz pārstāvis) |

**1. Vēlamais asistenta pakalpojuma stundu skaits nedēļā**

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

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

(paskaidrot, ja vēlamais stundu skaits atšķiras, piemēram, mācību gada laikā)

**2. Vēlamais pakalpojuma sadalījums pa nedēļas dienām** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (ja tas ir zināms)

**3. Asistenta pakalpojuma izmantošanas mērķis (atzīmēt vajadzīgos) un vēlamais stundu skaits nedēļā:**

 nokļūšana darba vietā līdz\_\_\_\_\_\_ stundām nedēļā (ne vairāk kā 20 stundas);

 nokļūšana izglītības iestādē līdz\_\_\_\_\_\_ stundām nedēļā (ne vairāk kā 20 stundas);

 augstākās izglītības apgūšana *(tikai personām ar I grupas redzes invaliditāti un bērniem ar redze traucējumiem*) līdz\_\_\_\_\_\_ stundām nedēļā (ne vairāk kā 40 stundas);

 regulāra nokļūšana dienas aprūpes centrā līdz\_\_\_\_\_\_ stundām nedēļā (ne vairāk kā 20 stundas);

 ārstniecības pakalpojumu saņemšana *(atbilstoši ārstējošā ārstā izsniegtam dokumentam, kas apliecina ārstniecības vai medicīniskās rehabilitācijas iestādes apmeklējumu)* un valsts, pašvaldību, finanšu institūciju, kā arī institūciju personu interešu aizstāvībai apmeklēšanai līdz \_\_\_\_\_stundām nedēļā (ne vairāk kā 20 stundas nedēļā);

 iesaistīšanās dažādos sociālos pasākumos *(darbs biedrībā vai nodibinājumā, brīvprātīgis darbs, nodarbošanās ar sportu, piedalīšanās pašdarbības kolektīvos, bērniem mūzikas, mākslas un sporta skolu apmeklējumi, ārpusskolas pasākumi un cita interešu izglītība)* līdz\_\_\_\_\_\_ stundām nedēļā (ne vairāk kā 20 stundas nedēļā, tai skaitā:

* nokļūšanai uz/no pasākuma vietu līdz\_\_\_\_\_\_\_stundām nedēļā;
* atbalsts pasākumu nodrošināšanai (bērniem) līdz\_\_\_\_\_\_\_stundām nedēļā;

 iesaistīšanās sociālās iekļaušanas pasākumos *(iepirkšanās, aptiekas, teātru koncertu, sporta spēļu, citu pasākumu un sabiedrisku vietu apmeklējums, kas saistīts ar brīvā laika pavadīšanu)* līdz 2 stundām nedēļā.

**4. Iespējamais asistenta pakalpojuma sniedzējs**:

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

Personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktinformācija (deklarētā dzīvesvietas adrese, kontakttālrunis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**5. Iesniegumam pievienotie dokumenti** (norādīt vajadzīgos):

 pārstāvja pārstāvības tiesības apliecinošs dokuments (kopija),

 Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par asistenta pakalpojuma nepieciešamību (kopija),

 Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašas kopšanas nepieciešamību (kopija),

 darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs, ja persona strādā,

 izglītības iestādes apliecinājums, ja persona mācās,

 dienas aprūpes centra vai cita pakalpojuma sniedzēja apliecinājums, ja persona apmeklē attiecīgu institūciju,

 institūcijas apliecinājums par personas regulāru iesaistīšanos dažādos sociālos pasākumos,

 cits dokuments (norādīt kāds): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**6. Informēju, ka:**

 saņemu VSAA pabalstu par asistenta izmantošanu,

 nesaņemu VSAA pabalstu par asistenta izmantošanu,

 izmantoju institūcijas transportu un saņemu palīdzību, lai nokļūtu darba vietā, izglītības iestādē vai dienas aprūpes centrā.

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

 Piekrītu

 Nepiekrītu

Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa.

Iesnieguma sastādīšanas datums un vieta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesnieguma iesniedzēja / iesniedzēja pārstāvja paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesnieguma saņemšanas datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sociālā dienesta pārstāvja paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_