

IESNIEGUMS VESELĪBAS APRŪPES PABALSTA PIEŠKIRŠANAI

20____. gada _____.

Vārds, Uzvārds _____

Personas kods -

Adrese _____ Tālrunis _____

Lūdzu piešķirt veselības aprūpes pabalstu par sevi un/ vai šādiem ģimenes locekļiem:

Vārds, uzvārds	Izdevumu summa EUR
Izdevumu summa kopā EUR	

Kategorija:

- Trūcīgas vai maznodrošinātas ģimenes (personas) statuss politiski represēta persona

Esmu informēts, ka veselības aprūpes pabalsta apmērs kalendārajā gadā ir līdz 75 euro vienai personai un ne vairāk kā 145 euro ģimenei.

Pabalstu lūdzu izmaksāt:

- VAS "Latvijas Pasts" Piegādāt mājās
- Pārskaitot manā / pakalpojuma sniedzēja kontā _____
(vajadzīgo pasvītrot)
- Pabalsta piešķiršanas gadījumā, rakstveida lēmums nav nepieciešams.

Iesniegumam pievienoju dokumentus: _____

Informācija par personas datu apstrādi.

Pārzinis personas datu apstrādei ir Liepājas pilsētas pašvaldības iestāde "Liepājas pilsētas domes Sociālais dienests", adrese: Eduarda Veidenbauma iela 3, Liepāja, tālrunis: 63489665, elektroniskā pasta adrese: socialais.dienests@liepaja.lv. Pārziņa Personas datu aizsardzības speciālista kontaktinformācija: tālrunis 63422331, adrese: Rožu iela 6, Liepāja, elektroniskā pasta adrese: das@liepaja.lv. Jūsu personas datu apstrādes mērķis – **piešķirt veselības aprūpes pabalstu**. Papildus informāciju par minēto personas datu apstrādi var iegūt Liepājas pašvaldības tīmekļa vietnes www.liepaja.lv sadaļā Privātuma politika vai klātienē Sociālajā dienestā, Eduarda Veidenbauma iela 3, Liepājā.

Iesniedzēja paraksts _____

Dokumentus pieņēma:

_____ (amats,vārds, uzvārds, datums, paraksts)
Aprēķinātā pabalsta summa: _____ EUR

Iesniegumu apstrādāja: _____
(amats, vārds, uzvārds, datums, paraksts)