

**Kuldīgas novada pašvaldības aģentūra
„ SOCIĀLAIS DIENESTS”**

Reģistrācijas Nr. _____
saņemts _____

vārds uzvārds

personas kods

Dzīves vietas adrese, telefona Nr.

IESNIEGUMS

Problēmas izklāsts _____

Vēlamais risinājums:

Lūdzu piešķirt pastāvīgu/pagaidu aprūpes mājās pakalpojumu.

Informācija par apgādniekiem _____

Esmu iepazinies/-usies ar Kuldīgas novada p/a “Sociālais dienests” sniegto informāciju un esmu informēts par nepieciešamo datu apstrādi saskaņā ar Eiropas Parlamentu un Padomi 27.04.2016. Vispārīgās datu aizsardzības regulu.

Pielikumā pievienots:

- ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli un atzinums par kontrindikāciju neesamību pakalpojuma saņemšanai (u/27 forma)
- citi dokumenti pēc sociālā darbinieka pieprasījuma, ja tas nepieciešams lēmuma pieņemšanai.

20 ____ .gada ____ . _____

Paraksts _____