

Kuldīgas novada pašvaldības aģentūra „SOCIĀLAIS DIENESTS”

Reģistrācijas Nr. _____
saņemts _____

vārds uzvārds

personas kods

Dzīves vietas adrese, telefona Nr.

Trūcīgas vai maznodrošinātas personas statuss no _____ līdz _____ Nr. _____

IESNIEGUMS

Problēmas izklāsts _____

Vēlamais risinājums: **Lūdzu piešķirt saziņas sistēmas 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 saziņas sistēmas nepieciešamību
- psihiatra atzinums par speciālo (psihisko) kontrindikāciju neesamību un piemērotāko pakalpojuma veidu
- cits _____

20____.gada____.

Paraksts _____