**KULDĪGAS NOVADA PAŠVALDĪBAS AĢENTŪRAI “SOCIĀLAIS DIENESTS”**

**IESNIEGUMS**

VĀRDS, UZVĀRDS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONAS KODS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TĀLRUNIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-PASTS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Izmantoju WhatsApp aplikāciju  Neizmantoju WhatsApp aplikāciju

 Izmantoju Zoom tiešsaistes rīku  Neizmantoju Zoom tiešsaistes rīku

DEKLARĒTĀ DZĪVESVIETA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAKTISKĀ DZĪVESVIETA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lūdzu piešķirt ģimenes asistenta pakalpojumu.** [[1]](#footnote-1)

Esmu informēts un piekrītu, ka mani dati tiks apstrādāti pašvaldības sociālās palīdzības administrēšanas sistēmā SOPA, kas nepieciešams pakalpojuma nodrošināšanas nolūkos.

Lēmumu nosūtīt (atzīmēt atbilstošo)*:*

uz deklarētās dzīvesvietas adresi

uz citu adresi (norādīt, uz kuru, un norādīt uz objektīviem apstākļiem, kādēļ tas nepieciešams): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

uz elektroniskā pasta adresi (norādīt e-pasta adresi): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

202\_\_. gada \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S A Ņ E M T S

*Reģ. Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Iesniegumu pieņēma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Saskaņā ar Kuldīgas novada saistošo noteikumu Nr. KNP/2021/12 “Par sociālajiem pakalpojumiem Kuldīgas novadā” 9. un 10. punktu pakalpojums ietver ģimenes asistenta pakalpojumu līdz 32 stundām mēnesī un to piešķir uz laiku līdz 6 mēnešiem. [↑](#footnote-ref-1)