|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Reģ. Nr.* |  | |
| *Saņemts* |  | |
| *Iesniegumu pieņēma* | |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VĀRDS, UZVĀRDS | |  |
| PERSONAS KODS |  | |
| TĀLRUNIS |  | |
| E-PASTS |  | |
| DEKLARĒTĀ ADRESE |  | |
| FAKTISKĀ DZĪVESVIETA |  | |

trūcīgas/maznodrošinātas mājsaimniecības statuss no\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz\_\_\_\_\_\_\_\_ izziņas Nr.\_\_\_

veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas atzinums par īpašo kopšanu

persona, kura sasniegusi 90 gadu vecumu

**IESNIEGUMS**

**Lūdzu piešķirt aprūpes mājās pakalpojumu, jo veselības stāvokļa dēļ nespēju nodrošināt savas pamatvajadzības un veikt nepieciešamo aprūpi.**

Cita informācija:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Pielikumā pievienots:**

ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids (-i) un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību. Izziņā papildus norāda rekomendācijas aprūpei un profilaksei.

psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai (attiecināms tikai uz personām ar garīga rakstura traucējumiem).

citi dokumenti pēc sociālā darbinieka pieprasījuma, ja tas nepieciešams lēmuma   pieņemšanai.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20\_\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  |  | | (paraksts)\* |

*\*Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ir parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.*