Biedrībai “Latvijas Autisma apvienība”

Strēlnieku ielā 9-14, Rīgā, LV – 1010

E-pasta adrese: atbalsts@autisms.lv

**Iesniegums psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma pieprasīšanai**

**Ziņas par bērnu ar autiskā spektra traucējumiem:**

|  |  |
| --- | --- |
| Bērna vārds, uzvārds |  |
| Bērna personas kods |  |
| Bērna dzimšanas datums, mēnesis, gads |  |
| Dzīvesvieta |  |
| E-pasts un tālrunis saziņai |  |

**Ziņas par iesniedzēju**

|  |  |
| --- | --- |
| Iesniedzēja vārds, uzvārds |  |
| Iesniedzēja personas kods |  |
| Iesniedzēja vārds, uzvārds |  |
| Pārstāvības veids | ☐Vecāks☐Aizbildnis☐Audžuģimene☐Pilnvarotā persona[[1]](#footnote-1) |

**Iesniegumam pievienoto dokumentu kopijas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumenta nosaukums** | **Dokumenta datums/numurs** |
| Ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārsta speciālista slēdziens, ka bērnam ir autiskā spektra traucējumi |  |
| Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas lēmums par bērnam ar autiskā spektra traucējumiem noteiktu invaliditāti *(nav obligāti pievienot)* |  |
| Citi dokumenti (uzskaitīt) |  |

**Ziņas par ģimenes locekļiem, kuri vēlas saņemt psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bērna ar autiskā spektra traucējumiem | ☐ otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis☐ vecvecāks☐ pilngadīgais brālis/māsa☐ nepilngadīgais brālis/māsa |
| vārds, uzvārds |  |
| personas kods |  |
| 2. | Bērna ar autiskā spektra traucējumiem | ☐ otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis☐ vecvecāks☐ pilngadīgais brālis/māsa☐ nepilngadīgais brālis/māsa |
| vārds, uzvārds |  |
| personas kods |  |
| … | Bērna ar autiskā spektra traucējumiem | ☐ otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis☐ vecvecāks☐ pilngadīgais brālis/māsa☐ nepilngadīgais brālis/māsa |
| vārds, uzvārds |  |
| personas kods |  |

Biedrība “Latvijas Autisma apvienība” (turpmāk – Biedrība) kā pārzinis psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas nolūkā apstrādā pakalpojuma saņēmēja iesniegumā norādītos personas datus un veselības datus, pamatojoties uz normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. Personas datu sniegšana, tai skaitā iesnieguma iesniegšana, un apstrāde ir obligāts priekšnoteikums psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai. Neveicot personas datu apstrādi, pakalpojuma saņemšana nav iespējama. Biedrība pakalpojuma saņēmēja personas datus un veselības datus glabā 10 (desmit) gadus no psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas pēdējās dienas. Pakalpojuma saņēmējam kā datu subjektiem ir tiesības pieprasīt no Biedrības piekļuvi saviem personas datiem, to labošanu, dzēšanu, apstrādes ierobežošanu, kā arī tiesības iesniegt sūdzību uzraudzības iestādei. Plašāka informācija par šīs datu apstrādes aspektiem ir pieejama Biedrības mājas lapā – <https://www.autisms.lv/par-mums/privatuma-politika/>.

Apliecinājums:

Piekrītu, ka psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma izvērtēšanas un piešķiršanas nolūkā Biedrība var pieprasīt informāciju Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijai par iesniegumā norādītā bērna ar autiskā spektra traucējumiem noteikto invaliditāti.

Iesniegumu un apliecinājumu iesniedza (vārds, uzvārds, paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2)

1. Citas personas vārdā šo iesniegumu var aizpildīt, ja ir saņemta bērna likumiskā pārstāvja notariāli apliecināta pilnvara [↑](#footnote-ref-1)
2. Neaizpilda, ja iesniegums parakstīts elektroniski [↑](#footnote-ref-2)