
(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(adrese)

(tālrunis; e-pasts)

IESNIEGUMS

Lūdzu piešķirt pabalstu veselības aprūpei:

- kompensēt medikamentu iegādes izmaksas EUR _____ apmērā.
- kompensēt optisko briļļu lēcu iegādes izmaksas EUR _____ apmērā.
- kompensēt medicīnisko ierīču iegādes izmaksas EUR _____ apmērā.
- kompensēt izmaksas par vizīti pie ārsta speciālista EUR _____ apmērā.
- kompensēt zobu ārstēšanas/protezēšanas, ortodonta izmaksas EUR _____ apmērā.
- kompensēt veselības apdrošināšanas polises iegādes izdevumus EUR _____ apmērā.
- kompensēt autiņbikses iegādes izdevumus EUR _____ apmērā.
- kompensēt pacienta iemaksas un līdzmaksājumu par operācijas izdevumiem EUR _____ apmērā.

Pabalstu vēlos saņemt kā:

- Ir maznodrošinātas ģimenes(personas) statuss.
- Ir trūcīgas ģimenes(personas) statuss.

Lūdzu pabalstu:

- Izmaksāt Dienesta kasē.
- Pārskaitīt uz manu bankas kontu Nr. _____
Bankas nosaukums _____

Rakstiskās atbildes saņemšanas veids:

- e-pastā _____
(e-pasta adrese)
- pa pastu _____
(klienta faktiskās dzīvesvietas pasta adrese)
- personīgi Sociālajā dienestā
- rakstiska atbilde nav nepieciešama

20 ____ . gada ____ . _____

(paraksts un atšifrējums)

Esmu informēta/s, ka šī iesnieguma izskatīšanai Sociālais dienests, izpildot juridisku pienākumu, apstrādās manus un/vai personu, kurām esmu likumiskais pārstāvis, personas datus (sīkāk par datu apstrādi un manām tiesībām Sociālā dienesta mājas lapā www.socd.lv vai iesniedzot jautājumus Vienības ielā 8, Daugavpilī, ar piezīmi "Datu aizsardzības speciālists" vai pa e-pastu: datu aizsardziba@socd.lv).

20 ____ . gada ____ . _____

(paraksts un atšifrējums)

Šo sadaļu aizpilda Sociālā dienesta darbinieks
darbinieka vārds uzvārds, paraksts: _____

SAŅEMTS
Daugavpils pilsētas pašvaldības
iestāde "Sociālais dienests"
Nr.1.-13./ _____ . _____ . _____

LEMUMS.....