

SP-3

Daugavpils pilsētas pašvaldības iestādei "Sociālais dienests"
Vienības iela 8, Daugavpils, LV-5401
e-pasts: socd@socd.lv

(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(adrese)

(tālrunis, e-pasts)

IESNIEGUMS

Lūdzu piešķirt man sociālās rehabilitācijas pakalpojumu par valsts budžeta līdzekļiem, kas paredzēts pilngadīgām personām, kuras cietušas no vardarbības.

Lūdzu pakalpojumu sniegt

sociālās rehabilitācijas kursa veidā – līdz 30 dienām sociālās rehabilitācijas institūcijā ar izmitināšanu (turpmāk – cietušo rehabilitācijas pakalpojums institūcijā);

individuālu konsultāciju veidā – ne vairāk par desmit 45 minūtes ilgām psihologa, jurista vai sociālā darbinieka konsultācijām, kuras var saņemt arī krīzes centrā bez izmitināšanas (turpmāk – cietušo rehabilitācijas pakalpojums dzīvesvietā).

Lūdzu organizēt man nokļūšanu līdz sociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas vietai.

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: datuaizsardziba@socd.lv).

20____. gada ____.

(paraksts un atšifrējums)

SAŅEMTS
Sociālajā dienestā

Nr. _____.