
(pakalpojuma pieprasītāja likumiskā pārstāvja vai
pakalpojuma sniedzēja vārds, uzvārds)

(personas kods)

(deklarētās dzīvesvietas adrese)

(tālrunis, e-pasts)

IESNIEGUMS

par transporta izdevumu kompensāciju nepilngadīgai personai ar invaliditāti

Lūdzu kompensēt transporta izdevumus par degvielas iegādi (valsts budžeta apmaksātos) asistenta/pavadoņa pakalpojuma sniegšanas laikā nepilngadīgai personai ar invaliditāti

(vārds, uzvārds, personas kods)

(deklarētās dzīvesvietas adrese)

kuru pārstāv likumiskais pārstāvis _____

(vārds, uzvārds, personas kods)

(deklarētās dzīvesvietas adrese, tālrunis, e-pasts)

- pakalpojuma pieprasītajam pakalpojuma sniedzējam

(vārds, uzvārds, personas kods)

1. Pakalpojums tiek sniegts, lai persona nokļūtu (norādīt vajadzīgo):

- izglītības iestādē _____;
(iestādes nosaukums, adrese)

- dienas aprūpes centrā _____;
(centra nosaukums, adrese)

- medicīnas iestādē _____.
(iestādes nosaukums, adrese)

2. Pakalpojuma saņēmējam valsts sociālo pabalstu likuma 12.pantā noteiktais pabalsts transporta izdevumu kompensēšanai:

- ir piešķirts nav piešķirts,
un kādiem mērķiem izlieto pabalstu _____

3. Pakalpojuma saņēmējs specializēto autotransporta pakalpojumu (saskaņā ar saistošajiem noteikumiem):

- izmanto neizmanto.

4. Pakalpojuma saņēmējs izglītības iestādēs vai dienas aprūpes centra specializēto transportu:

- izmanto neizmanto.

5. Automašīnas marka, valsts reģ. Nr. _____.

6. Iesniegumam pievienoti šādi dokumenti (vai dokumentu kopijas):

- _____;

7. Transporta izdevumu kompensācijas saņēmējs:

- pakalpojuma pieprasītājs pakalpojuma sniedzējs

(vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīvesvieta, tālrunis, e-pasts, bankas konta numurs)

20____. gada ____.

Likumiskā pārstāvja

(paraksts, atšifrējums)

Pakalpojuma pieprasītāja/sniedzēja

(paraksts, atšifrējums)

Esmu informēts, 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 ____.

Likumiskā pārstāvja

(paraksts, atšifrējums)

Pakalpojuma pieprasītāja/sniedzēja

(paraksts, atšifrējums)

Šo sadaļu aizpilda Sociālā dienesta darbinieks
darbinieka paraksts, atšifrējums _____

SAŅEMTS
Daugavpils pilsētas pašvaldības
iestāde "Sociālais dienests"

Nr.8.-11./_____

20____.____._____.

LĒMUMS.....

LĪGUMS.....