

---

(pakalpojuma pieprasītāja vai  
pakalpojuma sniedzēja vārds, uzvārds)

---

(likumiskais pārstāvis, ja tāds ir)

---

(personas kods)

---

(deklarētās dzīvesvietas adrese)

---

(tālrunis, e-pasts)

### **IESNIEGUMS**

#### **par transporta izdevumu kompensāciju pilngadīgai personai ar invaliditāti**

**Lūdzu kompensēt transporta izdevumus (valsts budžeta apmaksātos) asistenta pakalpojuma sniegšanas laikā pilngadīgai personai ar invaliditāti**

---

(vārds, uzvārds, personas kods)

---

(deklarētās dzīvesvietas adrese)

- pakalpojuma pieprasītājam     pakalpojuma sniedzējam

---

(vārds, uzvārds, personas kods)

- par sabiedriskā transporta biļešu iegādi     par degvielas iegādi.

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

- algota darba vietā \_\_\_\_\_;  
(nosaukums, adrese)
- saimnieciskās darbības veikšanas vietā \_\_\_\_\_;  
(nosaukums, adrese)
- brīvprātīgā darba veikšanas vietā \_\_\_\_\_;  
(nosaukums, adrese)
- izglītības iestādē \_\_\_\_\_;  
(iestādes nosaukums, adrese)
- dienas aprūpes centrā \_\_\_\_\_;  
(centra nosaukums, adrese)
- specializētajā darbnīcā \_\_\_\_\_;  
(iestādes nosaukums, adrese)
- uz regulārām ārsta nozīmētām medicīniskām procedūrām \_\_\_\_\_

---

(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 specializēto transportu:**

izmanto  neizmanto.

**5. Kāds transporta veids tiks izmantots:**

automašīna  autobuss  tramvajs  vilciens

**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 \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Pakalpojuma pieprasītāja/likumiskā pārstāvja \_\_\_\_\_  
(paraksts, atšifrējums)

Pakalpojuma 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](http://www.socd.lv) vai iesniedzot jautājumus Vienības ielā 8, Daugavpilī, ar piezīmi "Datu aizsardzības speciālists" vai pa e-pastu: [datu aizsardziba@socd.lv](mailto:datu aizsardziba@socd.lv)).*

20\_\_\_\_\_. gada \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Pakalpojuma pieprasītāja/likumiskā pārstāvja \_\_\_\_\_  
(paraksts, atšifrējums)

Pakalpojuma 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.....