|  |  |
| --- | --- |
| *Reģ. Nr.* |  |
| *Saņemts* |  |
| *Iesniegumu pieņēma* |  |

**KULDĪGAS NOVADA PAŠVALDĪBAS AĢENTŪRAI “SOCIĀLAIS DIENESTS”**

|  |  |
| --- | --- |
| VĀRDS, UZVĀRDS  |  |
| PERSONAS KODS |  |
| TĀLRUNIS |  |
| E-PASTS |  |
| DEKLARĒTĀ ADRESE |  |
| FAKTISKĀ DZĪVESVIETA |  |

[ ]  trūcīgas / maznodrošinātas mājsaimniecības statuss no\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz\_\_\_\_\_\_\_ izziņas Nr.\_\_\_

**IESNIEGUMS**

|  |
| --- |
| **Lūdzu piešķirt Drošības pogas pakalpojumu.** |

Cita informācija:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Pielikumā pievienots:**

[ ]  ģimenes ārsta izziņa par personas veselības stāvokli, kurā norādīts(-i) funkcionālo traucējumu veids (-i) un akūtas infekcijas (piemēram, plaušu tuberkuloze aktīvajā stadijā, akūtas infekcijas slimības) pazīmes (ja tādas ir), kas var ietekmēt sociālo pakalpojumu sniegšanas kārtību. Izziņā papildus norāda rekomendācijas aprūpei un profilaksei.

[ ]  psihiatra atzinums par personas psihisko veselību un speciālajām (psihiatriskajām) kontrindikācijām sociālo pakalpojumu saņemšanai (attiecināms tikai uz personām ar garīga rakstura traucējumiem).

[ ]  citi dokumenti pēc sociālā darbinieka pieprasījuma, ja tas nepieciešams lēmuma   pieņemšanai.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20\_\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  | (paraksts)\* |

*\*Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ir parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.*