

Iesniegums psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma pieprasīšanai

Ziņas par bērnu ar autiskā spektra traucējumiem:

Bērna vārds, uzvārds	
Bērna personas kods	
Bērna dzimšanas datums, mēnesis, gads	
Dzīvesvieta	

Ziņas par iesniedzēju:

Iesniedzēja vārds, uzvārds	
Iesniedzēja personas kods	
E-pasts <u>un</u> tālrunis saziņai	
Pārstāvības veids	☐ Vecāks ☐ Aizbildnis ☐ Audžuģimene ☐ Pilnvarotā persona ¹

Iesniegumam pievienoto dokumentu:

Dokumenta nosaukums	Dokumenta datums/numurs
Ģimenes (vispārējās prakses) ārsta vai ārsta speciālista slēdziens, ka bērnam ir autiskā spektra traucējumi	

Ziņas par ģimenes locekļiem, kuri vēlas saņemt psihosociālās rehabilitācijas pakalpojumu:

1.	Bērna ar autiskā spektra traucējumiem	☐ Otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis ☐ vecvecāks ☐ pilngadīgais brālis/māsa ☐ nepilngadīgais brālis/māsa
	vārds, uzvārds	
	personas kods	
2.	Bērna ar autiskā spektra traucējumiem	☐ Otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis ☐ vecvecāks ☐ pilngadīgais brālis/māsa ☐ nepilngadīgais brālis/māsa
	vārds, uzvārds	
	personas kods	
3.	Bērna ar autiskā spektra traucējumiem	☐ Otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis ☐ vecvecāks ☐ pilngadīgais brālis/māsa ☐ nepilngadīgais brālis/māsa
	vārds, uzvārds	

¹ Citas personas vārdā šo iesniegumu var aizpildīt, ja ir saņemta bērna likumiskā pārstāvja notariāli apliecināta pilnvara

	personas kods	
4.	Bērna ar autiskā spektra traucējumiem	☐ otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis ☐ vecvecāks ☐ pilngadīgais brālis/māsa ☐ nepilngadīgais brālis/māsa
	vārds, uzvārds	
	personas kods	
5.	Bērna ar autiskā spektra traucējumiem	☐ otrs vecāks/ audžuvecāks /likumiskais pārstāvis ☐ vecvecāks ☐ pilngadīgais brālis/māsa ☐ nepilngadīgais brālis/māsa
	vārds, uzvārds	
	personas kods	

Biedrības “Latvijas Autisma apvienība” (turpmāk – Biedrība) organizētajos pasākumos netiek nodrošināta dalībnieku individuāla uzraudzība vai aprūpe. Ja dalībniekam vecuma, veselības stāvokļa, funkcionēšanas ierobežojumu vai citu apstākļu dēļ ir nepieciešama uzraudzība vai atbalsts, viņš pasākumā drīkst piedalīties tikai kopā ar personu, kura spēj nodrošināt nepārtrauktu dalībnieka uzraudzību, drošību un nepieciešamo atbalstu visa pasākuma laikā. Šī persona ir atbildīga par dalībnieka uzvedību, drošību un rīcību pasākuma laikā. Biedrībai ir tiesības atteikties dalībnieka dalību vai pārtraukt viņa dalību pasākumā, ja šīs prasības netiek ievērotas.

Biedrība “Latvijas Autisma apvienība” kā pārzinis psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas nolūkā apstrādā pakalpojuma saņēmēja iesniegumā norādītos personas datus un veselības datus, pamatojoties uz normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. Personas datu sniegšana, tai skaitā iesnieguma iesniegšana, un apstrāde ir obligāts priekšnoteikums psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai. Neveicot personas datu apstrādi, pakalpojuma saņemšana nav iespējama. Biedrība pakalpojuma saņēmēja personas datus un veselības datus glabā 10 (desmit) gadus no psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas pēdējās dienas. Pakalpojuma saņēmējam kā datu subjektiem ir tiesības pieprasīt no Biedrības piekļuvi saviem personas datiem, to labošanu, dzēšanu, apstrādes ierobežošanu, kā arī tiesības iesniegt sūdzību uzraudzības iestādei. Plašāka informācija par šīs datu apstrādes aspektiem ir pieejama Biedrības mājas lapā – <https://www.autisms.lv/par-mums/privatuma-politika/>.

Apliecinājums:

Piekrītu, ka psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma izvērtēšanas un piešķiršanas nolūkā Biedrība var pieprasīt informāciju Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijai par iesniegumā norādītā bērna ar autiskā spektra traucējumiem noteikto invaliditāti.

Iesniegumu un apliecinājumu iesniedza (vārds, uzvārds, paraksts, datums)

² Neaizpilda, ja iesniegums parakstīts elektroniski