|  |
| --- |
|  **Bauskas novada Sociālajam dienestam**  |
| (vārds, uzvārds) |
| (personas kods) |
| (adrese) |
| (tālrunis, e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

**par mājsaimniecības materiālās situācijas izvērtēšanu sociālās palīdzības saņemšanai**

Lūdzu izvērtēt manas mājsaimniecības materiālās situācijas atbilstību:

[ ]  garantētā ienākuma līmeņa pabalsta saņemšanai

[ ]  mājokļa pabalsta saņemšanai

**Iesniegumam pievienoju sekojošus dokumentus:** (atbilstošo atzīmēt)

[ ]  darba devēja izziņu par darba samaksu par pēdējiem trim pilniem kalendāra mēnešiem par katru darba ņēmēju mājsaimniecībā, ja personas  kredītiestādes maksājumu vai pasta norēķinu sistēmas kontu izrakstos nav nepieciešamās informācijas;

[ ]  izziņu par ienākumiem no saimnieciskās darbības par pilniem pēdējiem trim kalendāra mēnešiem par katru saimnieciskās darbības veicēju mājsaimniecībā;

[ ]  visu mājsaimniecībā esošo personu kredītiestāžu maksājumu vai pasta norēķinu sistēmas kontu izrakstus par pēdējo trīs pilnu kalendāra mēnešu naudas līdzekļu kustību un konta atlikumu minētā perioda sākumā un beigās;

[ ]  dokumentus, kas apliecina neregulāra rakstura ienākumus

[ ]  dokumentus mājokļa pabalsta aprēķināšanai, par iepriekšējo vai kārtējo mēnesi

[ ]  citi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lēmumu vēlos saņemt:**

[ ]  klātienē jebkurā Bauskas novada Sociālā dienesta pieņemšanas vietā

[ ]  elektroniski e-pastā

Mājsaimniecības pilngadīgās personas pilnvaro, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iesniedzēja vārds, uzvārds) veikt nepieciešamās darbības materiālās situācijas izvērtēšanai visai mājsaimniecībai un pamata sociālās palīdzības pabalstu saņemšanai. Pilngadīgo mājsaimniecības locekļu paraksti un parakstu atšifrējumi:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vārds, uzvārds) (paraksts)

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, kā Bauskas novada Sociālā dienesta klients piekrītu, ka Bauskas novada Sociālajā dienestā tiek veikta manu, un manu bērnu, personas datu apstrāde saskaņā ar man nepieciešamo sociālo pakalpojumu/palīdzības nodrošināšanu, ievērojot Bauskas novada pašvaldības personas datu apstrādes aizsardzības politiku un normatīvo aktu prasības.

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paraksts un paraksta atšifrējums)

Pieņēma darbinieks: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paraksts un paraksta atšifrējums)

SAŅEMTS:

 \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_. Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_