

Nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds”

Vienotais reģ. Nr. 40008057120

Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004

valdes priekšsēdētājai Lienei Dambiņai

**Iesniegums**

**Ziņas par bērnu un iesniedzēju**

|  |  |
| --- | --- |
| Bērna vārds, uzvārds |  |
| Bērna personas kods |  |
| Bērna dzimšanas datums, mēnesis, gads |  |
| Iesniedzēja vārds, uzvārds |  |
| Bērna likumiskais pārstāvis | ☐Vecāks ☐Aizbildnis ☐Audžuģimene, ja bāriņtiesa pilnvarojusi ☐Bāriņtiesa ☐Pilnvarotā persona ☐Cits: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(norādīt)[[1]](#footnote-1) |
| Dzīvesvietas pilsēta vai novads |  |
| E-pasts un tālrunis saziņai |  |

**Ziņas par nepieciešamo palīdzību**

|  |  |
| --- | --- |
| Ziņas par bērnam nepieciešamo pakalpojumu (atzīmējiet) | ☐ ABA terapija jeb lietišķās uzvedības analīze ☐ Logopēds ☐ Audiologopēds☐ Ergoterapeits  |
| Ārstniecības iestādes vai pakalpojuma sniedzēja nosaukums, kontakti, *ja zināmi* |  |

**Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka:**

1) bērns ir vecumā no 2 līdz 7 gadiem (neieskaitot);

2) speciālists (neirologs, psihiatrs vai klīniskais psihologs) ir noteicis autiskā spektra traucējumu (AST) diagnozi vai aizdomas uz AST

3) bērns ir saņēmis agrīnās intervences programmu ārstniecības iestādē;

4) bērnam ir bērnu psihiatra, neirologa vai VSIA “Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” klīniskā psihologa rekomendācija saņemt uzturošo terapiju;

5) bērns nesaņem līdzīgu pakalpojumu un atbalstu citviet.

Iesniegumam pievienoti dokumenti, kas apliecina atbilstību augstāk minētajiem kritērijiem (izņemot Nr. 5)

**Bērna stāsts**

Ja vēlaties, īsi aprakstiet situāciju

|  |
| --- |
|  |

Nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds” (turpmāk – Nodibinājums) kā pārzinis psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas nolūkā apstrādās pakalpojuma saņēmēja iesniegumā norādītos personas datus un veselības datus, pamatojoties uz normatīvajos aktos noteiktajām prasībām, kā arī līguma noslēgšanai un izpildei. Personas datu sniegšana, tai skaitā iesnieguma iesniegšana, un apstrāde, tai skaitā personas datu nodošana ārstniecības personām, ir obligāts priekšnoteikums minētā pakalpojuma saņemšanai un līguma izpildei. Neveicot personas datu apstrādi, pakalpojuma saņemšana un līguma izpilde nav iespējama.

Nodibinājums pakalpojuma saņēmēja personas datus un veselības datus glabā 10 gadus no psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas pēdējās dienas. Pakalpojuma saņēmējam kā datu subjektiem ir tiesības pieprasīt no Nodibinājuma 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 Nodibinājuma privātuma politikā: <https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika>

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

Paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aizpildītsiesniegums un nepieciešamie pavaddokumenti ir nododami izskatīšanai šādos veidos:

* ar drošu elektronisku parakstu parakstītu iesniegumu sūta uz e-pastu evija@bsf.lv vai info@bsf.lv;
* fiziski parakstītu iesniegumu nosūta pa pastu uz Bērnu slimnīcas fondu, Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004, vai iesniedz personīgi Nodibinājuma birojā - Vienības gatve 45, Ģenētikas mājas otrās durvis, 2. stāvs -, vai ieliek pasta kastītē pie durvīm.
1. Citas personas vārdā šo iesniegumu aizpildīt var tikai tad, ja ir saņemta bērna likumiskā pārstāvja notariālā pilnvara [↑](#footnote-ref-1)