

Nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds”

Vienotais reģ. Nr. 40008057120

Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004

valdes priekšsēdētājai Lienei Dambiņai

**Iesniegums**

Ar šo lūdzu palīdzību mana bērna ārstniecības atbalstam:

**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

|  |
| --- |
|  |

🞎 **Piekrītu, ka:**

🞎 **Nepiekrītu, ka:**

mani un bērna personas dati, ko satur šis iesniegums un kas ir pievienoti iesniegumam, nepieciešamības gadījumā var tikt nodoti Ārstniecības iestādei (personām) vai pakalpojuma sniedzējam lūgtās palīdzības organizēšanai, izmantojot arī elektronisko pastu nešifrētā veidā.

Esmu informēta/-s, ka iesniegumā minēto piekrišanu esmu tiesīga/-s atsaukt jebkurā laikā, sazinoties pa e-pastu: personasdati@bsf.lv. Piekrišanas atsaukums neietekmē apstrādes likumību, kas pamatojas uz
piekrišanu pirms atsaukuma. Atsaucot piekrišanu Bērnu slimnīcas fondam nav tiesības vairs apstrādāt Jūsu un Jūsu bērnu personas datus, kā rezultātā nebūs iespējams administrēt līdzekļus lūgtajam ārstniecības atbalstam.

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

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

Aizpildītsiesniegums un nepieciešamie pavaddokumenti ir jānosūta izskatīšanai uz e-pastu evija@bsf.lv. Mēs ar Jums sazināsimies. **Parakstītu iesnieguma oriģinālu** **jānosūta 10 dienu laikā** ar drošu elektronisko parakstu uz e-pastu evija@bsf.lv vai pa pastu uz Nodibinājumu “Bērnu slimnīcas fonds”, Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004.

*Informējam, ka pārzinis personas datu apstrādei ir Nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds”;*

*Reģ. Nr. 40008057120; adrese: Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004;*

*tālr. nr. +371 67064475; e-pasts: info@bsf.lv*

*Papildus informācija par personas datu apstrādi -* [*https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika*](https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika)

1. Citas personas vārdā šo iesniegumu aizpildīt var tikai tad, ja ir saņemta bērna likumiskā pārstāvja notariālā pilnvara [↑](#footnote-ref-1)