Nodibinājuma „Bērnu slimnīcas fonds”

valdes priekšsēdētājai Lienei Dambiņai

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

vārds, uzvārds

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

kontakttālrunis

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

e-pasta adrese

IESNIEGUMS

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

 iesniegšanas vieta iesniegšanas datums

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( vārds, uzvārds) (personas kods)

apliecinu, ka mans bērns \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vārds, uzvārds) (personas kods)

ir VSIA "Bērnu klīniskās universitātes slimnīca" hematoonkoloģijas nodaļas pacients, kas ārstējas VSIA "Bērnu klīniskās universitātes slimnīca" stacionārā vai kuram tiek nodrošināta hospisa aprūpe.

Apliecinu, ka bērna vecums ir līdz 18 gadiem (vai vecāks, bet turpina ārstēties VSIA "Bērnu klīniskās universitātes slimnīca").

Apliecinu, ka ģimenei ir nepieciešams finansiāls atbalsts.

Ārstējošais ārsts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Lūdzu sniegt finansiālu atbalstu bērna ārstēšanai sākot ar 2025. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mans konta Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Esmu informēts(a), ka:

1. finansiālās palīdzības kopsummai (arī summāri, ja palīdzības tiek saņemta no vairākiem avotiem) sasniedzot 3000.00 EUR kalendārā gada laikā, man rodas saistības veikt likumā “Par iedzīvotāju ienākuma nodokli” noteiktos ienākuma nodokļa maksājumus;

2. finansiālā palīdzība (165,00 EUR) tiek maksāta vienu reizi mēnesī līdz nākamā mēneša 15. datumam par iepriekšējo mēnesi;

3. finansiālā palīdzība var tikt pārtraukta jebkurā brīdī pēc nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds” ieskatiem, bez pienākuma sniegt skaidrojumus vai motivāciju;

4. iesniegumā minētie mani un mana bērna personas dati tiek apstrādāti ar mērķi izvērtēt un sniegt finansiālu atbalstu, kā arī sazināties atbalsta sniegšanas procesā;

5. personas datu pārzinis ir nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds”, reģ. Nr. 40008057120, Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004, tālr. +37167064475, e-pasts: info@bsf.lv. Ar papildu informāciju par personas datu apstrādi varu iepazīties nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds” tīmekļa vietnē <https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika>.

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

 paraksts

Saskaņots:

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

 10. nodaļas sociālā darbiniece Baiba Zariņa