|  |
| --- |
| **Bauskas novada Sociālā dienesta****Bauskas struktūrvienībai** |
| (vārds, uzvārds) |
| (personas kods) |
| (adrese) |
| (tālrunis, e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

Lūdzu piešķirt pabalstu ēdināšanai manam bērnam/iem

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

 *(vārds, uzvārds,* *personas kods)*

izglītības iestādē\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( izglītības iestādes nosaukums, grupiņa/klase )*

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

 *(vārds, uzvārds, personas kods)*

izglītības iestādē\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( izglītības iestādes nosaukums, grupiņa/klase )*

Mērķa grupa, atzīmēt atbilstošo:

[ ] daudzbērnu ģimene;

[ ] trūcīga/maznodrošināta mājsaimniecība;

[ ] bērnam ar invaliditāti;

[ ] viens no vecākiem ģimenē ir ar invaliditāti un nestrādā algotu darbu;

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

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

 (paraksts un paraksta atšifrējums)

 Pieņēma darbinieks: Paraksts:

 SAŅEMTS

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