**Privātpersonas iesniegums ārstniecības izdevumiem**

 202\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fiziskās personas (kurai nepieciešama palīdzība) vārds, uzvārds, personas kods, pasta adrese, tālrunis, e-pasts

|  |
| --- |
|  |

Diagnoze un veselības stāvokļa apraksts

|  |
| --- |
|  |

Nepieciešamā ārstniecība, rehabilitācija, ārstniecības iestādes nosaukums, adrese, kontakti

|  |
| --- |
|  |

Izmaksu aprēķins\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Izdevumu pozīcija  | Aprēķins\*\* | Kopā, EUR |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Kopā nepieciešams, EUR |  |

\* Pievienot izziņu/tāmi no attiecīgajiem ārstniecības un citiem pakalpojumu sniedzējiem

\*\* Izvēlēties zemāko iespējamo cenu

Fiziskās personas un/vai ģimenes pašu ieguldījums (eiro un kādam mērķim) nepieciešamajiem ārstniecības pakalpojumiem

|  |
| --- |
|  |

Fiziskās personas vārds, uzvārds, personas kods, pasta adrese, tālrunis, e-pasts

(ja pieteikumu iesniegumu iesniedz cita persona)

Vai fiziskā persona saņem palīdzību no pašvaldības sociālā dienesta vai citām labdarības organizācijām (precizēt, ko un kādā apjomā)?

|  |
| --- |
|  |

Ja pielikumā netiek pievienota izziņa par trūcīgā vai maznodrošinātā statusu vai bezdarbnieka statusu, lūdzu, aprakstiet ģimenes finansiālo stāvokli (ienākumi mēnesī – atalgojums, pabalsti u. c.; ģimenes locekļu skaits; vai ir kredītsaistības un nekustamais īpašums; cita informācija).

|  |
| --- |
|  |

**Apliecinu, ka:**

1. nepieciešamā ārstniecība un/vai rehabilitācija nav iekļauta valsts apmaksāto pakalpojumu sarakstā;
2. ģimenei nav nepieciešamo līdzekļu ārstēšanai;
3. ir izvēlēta zemākā iespējamā cena;
4. norādītā ārstniecības summa sakrīt ar lūgto summu un atbalsts nav jau saņemts no citām organizācijām;
5. fiziskā persona saskaņā ar MK noteikumiem Nr. 32 (11.01.2005.) par sociāli mazaizsargāto personu grupām atbilst vienai vai vairākām sociāli mazaizsargāto personu grupām (pasvītrot):
	* ģimenes, kuras audzina trīs un vairāk bērnus,
	* nepilnās ģimenes,
	* invalīdi,
	* personas virs darbaspējas vecuma,
	* 15–25 gadus veci jaunieši,
	* ilgstošie bezdarbnieki,
	* bezpajumtnieki,
	* cilvēktirdzniecības upuri,
	* politiski represētās personas,
	* personas, kurām stihisku nelaimju vai dabas katastrofu dēļ ir nodarīts kaitējums, vai viņu ģimenes,
	* Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieki un viņu ģimenes, Černobiļas atomelektrostacijas avārijas dēļ cietušās personas un viņu ģimenes,
	* personas ar alkohola, narkotisko, psihotropo, toksisko vielu, azartspēļu vai datorspēļu atkarības problēmām un viņu ģimenes,
	* ģimenes, kuras audzina bērnu invalīdu,
	* bērni,
	* no vardarbības cietušās personas.

**Pievienoju šādus dokumentus:**

1. ārsta izziņu par konkrēto diagnozi un operācijas, ārstniecības vai rehabilitācijas nepieciešamību;
2. izziņu par operācijas, ārstniecības vai rehabilitācijas plānotajām izmaksām, kā arī vietu, kur ārstniecība tiks veikta;
3. fiziskās personas, kurai nepieciešama palīdzība, pases kopiju;
4. dokumentus, kas apliecina, ka fiziskai personai un/vai ģimenei nav nepieciešamo līdzekļu ārstniecībai (izziņu par trūcīgā, maznodrošinātā statusu (ja ir) vai bezdarbnieka statusu (ja ir), vai VSAA izziņa par nodokļu nomaksu pēdējos sešos mēnešos).

**Piekrītu, ka:**

1. biedrība “Charity.LV” finansiālo atbalstu neizmaksā privātpersonai, bet apmaksā iestāžu izrakstītos rēķinus par ārstniecības un/vai rehabilitācijas pakalpojumiem;
2. biedrība “Charity.LV” var lemt par izmaiņām pieprasītajā tāmē, kas neietekmē ārstniecības efektivitāti;
3. rēķinus apmaksai iesniegšu ne vēlāk kā divas nedēļas pirms plānotā ārstniecības vai rehabilitācijas kursa/sākuma.

Paraksts: ................................................. Paraksta atšifrējums: ....................................

Parakstīts iesniegums kopā ar pielikumiem jānosūta uz biedrību “Charity.LV”, Krišjāņa Valdemāra iela 118, Rīgā, LV-1013. Iesniegumu var nogādāt birojā personīgi, iepriekš vienojoties par pieņemšanas laiku pa tālruni 29 193 410.