**Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centram**

**IESNIEGUMS tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai** (**AIZPILDĀMS AR DRUKĀTIEM BURTIEM)**

**Ar \*atzīmētie lauki ir jāaizpilda obligāti**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persona, kurai nepieciešams tehniskais palīglīdzeklis (vārds, uzvārds)\*** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personas kods\*** | | | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | | | **-** | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dzīvesvietas adrese, ja tā atšķiras no deklarētās dzīvesvietas adreses** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja dzīvesvieta ir ārstniecības/ ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā,** atzīmēt ar X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tālrunis\*** |  | | | **E-pasta adrese** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lūdzu piešķirt tehnisko palīglīdzekli**  **(uzrakstīt tehniskā palīglīdzekļa nosaukumu)\*** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tehniskā palīglīdzekļa izmantošanas mērķis** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personas augums/ cm** | |  | | **Personas svars/ kg** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Aizpilda, ja personai tehnisko palīglīdzekli pieprasa likumiskais pārstāvis*** atzīmēt ar X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| bērna likumiskais pārstāvis | | |  | personas aizgādnis | | | | | | | | | |  | | | ***vai*** | | | pilnvarotā persona | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personas pārstāvja vārds, uzvārds: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personas kods | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | **-** | |  | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dzīvesvietas adrese | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tālrunis |  | | | E-pasta adrese | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja pilnvarotais pārstāvis pārstāv personu uz pilnvaras pamata, iesniegumam pievieno pilnvaras kopiju** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja tehnisko palīglīdzekli saņems cita persona, norādīt tās vārdu, uzvārdu\*\* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personas kods | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | **-** | | |  | | |  | |  | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ja iesniegumam ir pievienoti papildus dokumenti,** atzīmēt ar X | | | | | |
| **Novērtējums pēc Braden skalas**, ja persona piesakās funkcionālās gultas, matrača vai gultas galda saņemšanai | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Izmeklējuma rezultātu lapa, kurā norādīts apnojas-hipapnojas indekss (AHI),** ja persona piesakās pozitīva spiediena elpceļos nodrošināšanas terapijas iekārtai | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Veidlapa riteņkrēsla mērījumu veikšanai**, ja persona piesakās aktīvā riteņkrēsla saņemšanai | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Stacionārā vai ambulatorā pacienta medicīniskās kartes izraksts - epikrīze**, kas izsniegts ne vēlāk kā pirms sešiem mēnešiem | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Apliecinājums no darba vietas par nodarbinātību,** kas izsniegta ne vēlāk kā pirms viena mēneša | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Apliecinājums no izglītības iestādes** | | | |  | |
|  | | | |  | |
| **Cits**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | |
| **Informāciju un lēmumu vēlos saņemt,** atzīmēt tikai vienu saziņas veidu**: \*** | | | | | |
| **Pa pastu, uz iesniegumā norādīto adresi** |  | **VAI** | **Uz norādīto e-pastu \*\*\*** |  |
|  | | | | |
| **Esmu informēts/-ta, ka izvēlētais informācijas saņemšanas veids ir spēkā, ja nav aktivizēts oficiālās elektroniskās adreses konts.**  **Ja ir aktivizēts oficiālās elektroniskās adreses konts, vēstules tiks sūtītas uz oficiālo elektronisko adresi.** | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Paraksts\* Vārds, uzvārds\* Datums\***

*\*\* Saskaņā ar Ministru kabineta 21.12.2021. noteikumu Nr.878 “Tehnisko palīglīdzekļu noteikumi” 5.6.punktu*

\*\*\* *ar e parakstu parakstīts dokuments tiks nosūtīts uz Jūsu e-pastu kā šifrēts word dokumenta fails. Fails būs aizsargāts ar paroli, kas būs norādīta e-pasta tekstā.*