**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** |  |
| **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.*