

Vaivaru Tehnisko palīgīdzekļu centram
IESNIEGUMS tehniskā palīgīdzekļa saņemšanai (AIZPILDĀMS AR DRUKĀTIEM BURTĪEM)

Ar *atzīmētie lauki ir jāaizpilda obligāti

Persona, kurai nepieciešams tehniskais palīgīdzeklis (vārds, uzvārds)*	
---	--

Personas kods*	
-----------------------	---

Dzīvesvietas adrese, ja tā atšķiras no deklarētās dzīvesvietas adrese	
--	--

Ja dzīvesvieta ir ārstniecības/ ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā, atzīmēt ar X	☐
---	--------------------------

Tālrunis*		E-pasta adrese	
------------------	--	-----------------------	--

Lūdzu piešķirt tehnisko palīgīdzekli (uzrakstīt tehniskā palīgīdzekļa nosaukumu)*	
--	--

Tehniskā palīgīdzekļa izmantošanas mērķis	
--	--

Personas augums/ cm		Personas svars/ kg	
----------------------------	--	---------------------------	--

Aizpilda, ja personai tehnisko palīgīdzekli 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 palīgīdzekli 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 izsniegta 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 palīgīdzekļu 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.**