

Nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds”

Vienotais reģ. Nr. 40008057120

Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004

valdes priekšsēdētājai Lienei Dambiņai

**Iesniegums**

Ar šo lūdzu palīdzību mana bērna ārstniecības atbalstam no ziedojumiem:

**Ziņas par bērnu un iesniedzēju**

|  |  |
| --- | --- |
| Bērna vārds, uzvārds |  |
| Bērna personas kods |  |
| Bērna vecums |  |
| Iesniedzēja vārds, uzvārds |  |
| Iesniedzēja personas kods |  |
| Radniecība ar bērnu[[1]](#footnote-1) | ☐Māte ☐Tēvs ☐Cits: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(norādīt) |
| Dzīvesvietas adrese |  |
| E-pasts un tālrunis saziņai |  |

**Ziņas par nepieciešamo palīdzību**

|  |  |
| --- | --- |
| Bērna diagnoze |  |
| Norādīt palīdzības veidu (konkrētā ārstniecība, rehabilitācija, medikamenti vai cits) |  |
| Ārstniecības iestādes vai pakalpojuma sniedzēja nosaukums, kontakti, *ja zināmi* |  |
| Norādiet ārstējošo ārstu, kurš norīkojis lūgto ārstniecību, kontakti |  |

**Nepieciešamās palīdzības izmaksu apraksts**

|  |  |
| --- | --- |
| Nepieciešamā palīdzība, izdevumu pozīcija | Summa, EUR |
| 1. |  |
| 2. |  |
| .... |  |
| Kopā EUR |  |

**Ja lūgtā palīdzība tiek apmaksāta no valsts vai pašvaldības līdzekļiem, lūdzu, norādiet iemeslus, kāpēc to neizmantojat vai arī kāpēc tā bērnam nav pieejama vai nav piemērota**

|  |
| --- |
|  |

**Bērna stāsts**

Ja vēlaties, īsi aprakstiet situāciju

|  |
| --- |
|  |

**Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka:**

1. ziedojums nepieciešams bērna ārstniecības atbalstam;
2. nepieciešamā operācija, ārstniecība vai rehabilitācija nav iekļauta valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā;
3. bērna ģimenei nav nepieciešamo līdzekļu bērna ārstēšanai;
4. man ir tiesības pārstāvēt iepriekš minēto nepilngadīgo personu un viņa vārdā sniegt piekrišanu personas datu apstrādei;
5. esmu informēts (a), ka Bērnu slimnīcas fonds nepieciešamo summu vāks publiskajās labdarības akcijās, saskaņā ar pieteikuma reģistrācijas rindu;
6. esmu informēts (a), ka Bērnu slimnīcas fonds saziedoto summu neizmaksā vecākiem, bet apmaksā iestāžu piestādītos rēķinus par ārstniecību vai rehabilitāciju, Izņēmuma kārtā, kad nav iespējas norēķināties ar ārstniecības iestādi, Bērnu slimnīcas fonds var veikt kompensāciju uz vecāka konta numuru. Esmu informēts(a), ka finansiālās palīdzības kopsummai (arī summāri, ja palīdzības tiek saņemta no vairākiem avotiem) sasniedzot 2000.00 EUR kalendārā gada laikā, man rodas saistības veikt likumā “Par iedzīvotāju ienākuma nodokli” noteiktos ienākuma nodokļa maksājumus.

**Parakstot šo iesniegumu,**

🞎 **Piekrītu, ka:**

🞎 **Nepiekrītu, ka:**

iesniegumā norādīto informāciju var izmantot apraksta sagatavošanai ziedojumu vākšanai, iepriekš to saskaņojot ar likumisko pārstāvi;

🞎 **Piekrītu, ka:**

🞎 **Nepiekrītu, ka:**

mani un bērna personas dati, ko satur šis iesniegums un kas ir pievienoti iesniegumam, nepieciešamības gadījumā var tikt nodoti Ārstniecības iestādei (personām) vai pakalpojuma sniedzējam lūgtās palīdzības organizēšanai, izmantojot arī elektronisko pastu nešifrētā veidā.

Esmu informēta/-s, ka iesniegumā minētie mani un mana bērna personas dati (t.sk. veselības stāvokļa dati) tiek izmantoti ar mērķi organizēt bērnam palīdzību ārstniecības atbalstam no ziedojumiem, ņemot vērā, ka nepieciešamie pakalpojumi nav iekļauti valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā un nav pietiekami finansiāli līdzekļi, lai šos pakalpojumus segtu saviem spēkiem.

Esmu informēta/-s, ka iesniegumā minēto piekrišanu esmu tiesīga/-s atsaukt jebkurā laikā, sazinoties pa e-pastu: personasdati@bsf.lv. Piekrišanas atsaukums neietekmē apstrādes likumību, kas pamatojas uz
piekrišanu pirms atsaukuma. Atsaucot piekrišanu Bērnu slimnīcas fondam nav tiesības vairs apstrādāt Jūsu un Jūsu bērnu personas datus, kā rezultātā nebūs iespējams vākt un administrēt līdzekļus lūgtajam ārstniecības atbalstam.

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

Paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aizpildītsiesniegums un nepieciešamie pavaddokumenti ir jānosūta izskatīšanai uz e-pastu dace@bsf.lv. Mēs ar Jums sazināsimies. **Parakstītu iesnieguma oriģinālu** **jānosūta 10 dienu laikā** ar drošu elektronisko parakstu uz e-pastu dace@bsf.lv vai pa pastu uz Nodibinājumu “Bērnu slimnīcas fonds”, Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004.

*Informējam, ka pārzinis personas datu apstrādei ir Nodibinājums “Bērnu slimnīcas fonds”;*

*Reģ. Nr. 40008057120; adrese: Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004;*

*tālr. nr. +371 67064475; e-pasts: info@bsf.lv*

*Papildus informācija par personas datu apstrādi -* [*https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika*](https://www.bsf.lv/lv/par-fondu/privatuma-politika)

1. Citas personas vārdā šo iesniegumu aizpildīt var tikai tad, ja ir saņemta bērna likumiskā pārstāvja notariālā pilnvara [↑](#footnote-ref-1)