

Nodibinājuma “Bērnu slimnīcas fonds”

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 | ☐Māte ☐Tēvs ☐Cits: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(norādīt) |
| Adrese  (iela, pilsēta/novads, pagasts, pasta indekss) |  |
| E-pasts un tālrunis |  |

**Ziņas par nepieciešamo palīdzību**

|  |  |
| --- | --- |
| Bērna diagnoze |  |
| Norādīt palīdzības veidu (konkrētā ārstniecība, rehabilitācija vai kas 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, kāda ir bērna ikdiena.

|  |
| --- |
|  |

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

1. Ziedojums nepieciešams bērna ārstniecības atbalstam;
2. Atļauju anketā norādīto informāciju izmantot apraksta sagatavošanai ziedojumu vākšanai, iepriekš to saskaņojot ar mani;
3. Nepieciešamā operācija, ārstniecība vai rehabilitācija nav iekļauta valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā;
4. Apliecinu, ka bērna ģimenei nav nepieciešamo līdzekļu bērna ārstēšanai;

**Piekrītu, ka:**

1. Bērnu slimnīcas fonds nepieciešamo summu vāks publiskajās labdarības akcijās, saskaņā ar pieteikuma reģistrācijas rindu;
2. Bērnu slimnīcas fonds saziedoto summu neizmaksā vecākiem, bet apmaksā iestāžu piestādītos rēķinus par ārstniecību vai rehabilitāciju;

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

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

***Tikai gadījumā, ja vecāki piekrīt****:*

**Vecāki neiebilst** iesaistīties publiskās akcijās un bērna foto vai/un videomateriāla izveidē un izmantošanā, saturu iepriekš saskaņojot ar vecākiem.

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

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

**Aizpildīts** iesniegums jāsūta elektroniski uz adresi [dace@bsf.lv](mailto:dace@bsf.lv). Mēs ar jums sazināsimies. Pēc tam, kad informācija būs saskaņota, **parakstītu iesnieguma oriģinālu** un nepieciešamos pavaddokumentus sūtīt uz Nodibinājumu “Bērnu slimnīcas fonds”, Vienības gatve 45, Rīga, LV 1004.