

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

BURTIEM) Ar *atzīmētie lauki ir jāaizpilda obligāti

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

Personas kods*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Ja dzīvesvieta ir ārstniecības/ ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā, atzīmēt ar X	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Tālrunis*	<input type="text"/>	E-pasta adrese	<input type="text"/>
------------------	----------------------	-----------------------	----------------------

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

Tehniskā palīgīdzekļa izmantošanas mērķis	
--	--

Personas augums/ cm	<input type="text"/>	Personas svars/ kg	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------

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	
----------	--	----------------	--

*Aizpilda VTPC
lietvedības darbinieki*

Saņēmu
Datu

1.lapa
ms
20__.
__.
__
VTPC

Reģistrēts VTPC datums
Personas lietas NR.
Iesniegumu reģistrēja
IS:

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 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 ac

VAI

Uz

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 palīg līdzekļu 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.**