**КОМІСІЯ З ПИТАНЬ ЗДОРОВ 'Я ТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЛІКАРІВ**

**ДОДАТОК**

**Надання висновку про необхідність особливого догляду і допомоги особі з інвалідністю, яка потребує догляду або надання допомоги по догляду за дитиною з інвалідністю**

|  |
| --- |
| 1. Особисті дані |
| 1.1. Ім'я: | 1.2. Прізвище: |
| 1.3. Персональний код у Латвії:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | - |   |   |   |   |   |

 |
| 1.4. Адреса місця проживання в Латвії:           |
| 1.5. Телефон:      |
| 1.6. Електронна пошта:      |
| 2. Якщо заяву подав законний представник |
| 2.1. Представник:[ ]  батьківство; [ ]  опікунство; [ ]  затверджене нотаріально;[ ]  інше:      2.2. Основа представництва:      |
| 3. Відомості про представника |
| 3.1. Ім'я:  | 3.2. Прізвище:  |
| 3.3. Персональний код у Латвії:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   | - |   |   |   |   |   |

 |
| 3.4. Адреса місця проживання в Латвії:           |
| 3.5. Телефон:      |
| 3.6. Електронна пошта:      |
| 4. Інформація про сімейного лікаря в Латвії |
| 4.1. Ім'я:  | 4.2. Прізвище:  |
| 4.3. Розташування практики:            |
| 4.4. Телефон:       |
| 5. Документи, додані до матеріалів: |
| [ ]  Документ, що засвідчує про інвалідність |
| [ ]  Українського копія документа, що підтверджує I групу інвалідності в підгрупі А |
| [ ]  Українського копія документа, який підтверджує статус дитини з обмеженими можливостями в підгрупі А |
| [ ]  Копія документа, що засвідчує права представника юридичної особи |
| [ ]  Копія виданої довгострокової візи або дозволу на проживання |
| [ ]  Інші (вкaжіть)                 |
| 6. Я хочу отримати документи про висновку: |
| [ ]  Oсобисто під час будь-данно до закладу |
| [ ]  Поштою на наступну адресу в Латвії (вкaжіть):            |
| 7. \* При визначенні особливої необхідності догляду, будь ласка, вигоду і перевести її на: |
| [ ]  Мій кредитний рахунок Латвійської Республіки:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[ ]  До мого облікового запису пошти Латвії:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Дата:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  | / |  |
| день |  | місяць |  | рік |

 | Підпис: |

\* Oцінює і оплачує Державне агентство соціального страхування.