**Iekšlietu ministrijas**

**veselības un sporta centram**

**Čiekurkalna 1.līnijā 1, korpuss-1, Rīgā, LV-1026**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vārds, uzvārds\*  Personas kods\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  | |
| Dienesta vieta (VP, VUGD, VRS, IDB, IeVP)\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Dzīvesvietas adrese\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LV\_\_\_\_\_\_\_ | |

*\* obligāti aizpildāmā informācija*

Tālrunis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-pasts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(informāciju par tālruni un e-pastu vēlams norādīt, lai nodrošinātu saziņu nepieciešamības gadījumā)*

**IESNIEGUMS PAR IZMAKSU KOMPENSĀCIJU**

Lūdzu kompensēt man veselības aprūpes pakalpojumu izmaksas. Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu kompensācijai pievienoju maksājumus apliecinošos dokumentus par saņemtajiem pakalpojumiem:

1. **2024.**gadā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ čekus/kvītis Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*skaits*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ par kopējo summu \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *euro*

un\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_

*(ja ir – nosūtījuma, izraksta, receptes kopija un citi apliecinoši dokumenti)*

1. **2023.**gadā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ čekus/kvītis Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*skaits*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ par kopējo summu \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *euro*

un\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_

*(ja ir – nosūtījuma, izraksta, receptes kopija un citi apliecinoši dokumenti)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lūdzu kompensāciju pārskaitīt uz  manu kontu kredītiestādē\*:  *\* obligāti aizpildāmā informācija* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | L | V |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Piekrītu, ka man piešķirtā kompensācija tiek izmaksāta uz norādīto kredītiestādes kontu atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam izdevumu kompensācijas limitam, neinformējot mani par piešķirto kompensāciju un atlikušo kompensējamo izmaksu limitu.

Lēmumu par veselības aprūpes kompensācijas atteikumu neatbilstošu izmaksu gadījumā lūdzu nosūtīt *(atzīmēt vienu no saņemšanas veidiem; ja saņemšanas veids nebūs atzīmēts, tad nosūtīsim uz deklarēto dzīvesvietas adresi)*:

pa pastu uz iesniegumā norādīto adresi

saņemšu personīgi Čiekurkalna 1.līnijā 1, K-1, Rīgā

Informācija par personas datu apstrādi. Pārzinis: Iekšlietu ministrijas veselības un sporta centrs. Mērķis: apmaksāt un kompensēt Iekšlietu ministrijas sistēmas iestāžu un Ieslodzījuma vietu pārvaldes amatpersonām ar speciālajām dienesta pakāpēm veselības aprūpes pakalpojumus. Informācija vietnē: <http://vsc.iem.gov.lv/fizisko-personu-datu-apstrade/> .

Rīgā, 2024.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iesniedzēja paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LĒMUMS** (aizpilda Iekšlietu ministrijas veselības un sporta centra darbinieks)**:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATUMS** | | Kompensētās izmaksas  limita ietvaros: | | |
| **KOMPENSĒJAMĀS IZMAKSAS (EUR)** | | | | **NEKOMPENSĒJAMĀS IZMAKSAS (EUR)** |
|  | **2023.gads** | | **2024.gads** | Piemērotās tiesību normas\*: |
| Maksas pakalpojumi |  | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  paraksts un paraksta atšifrējums |
| Pacientu iemaksas |  | |  |
| Vakcīnas |  | |  |
| Zobārstniecība |  | |  |
| Medikamenti |  | |  |

**SAŅEMTS**

\* Ministru kabineta 2010. gada 21. jūnija noteikumu Nr.569 „Kārtība, kādā Iekšlietu ministrijas sistēmas iestāžu un Ieslodzījuma vietu pārvaldes amatpersona ar speciālo dienesta pakāpi saņem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus” punkti.

Iekšlietu ministrijas veselības un sporta centrā

Reģ.dat.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reģ. Nr.28/1.1.1-88/