|  |
| --- |
| Jaunsardzes centra direktoram |
|  |
|  |
| *(izglītojamā vai izglītojamā, kas nav sasniedzis 18 gadu vecumu likumiskā pārstāvja vārds, uzvārds)* |
|  |
| *(personas kods)* |
|  |
| *(adrese)* |
|  |

**IESNIEGUMS**

**par izdevumu atlīdzināšanu**

Pamatojoties uz Ministru kabineta 2021.gada 15.jūnija noteikumu Nr.382 „Veselības aprūpes izdevumu samaksas kārtība izglītojamiem, kuri piedalās valsts aizsardzības mācības nometnē, un jaunsargiem” 4.punktu, 20\_\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ noslēgto līgumu Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ par:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | personas kods |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
| *(izglītojamā vārds, uzvārds)* |

*(nepieciešamo atzīmēt)*:

dalību Jaunsardzē;

dalību valsts aizsardzības mācības nometnē,

lūdzu atlīdzināt man izdevumus par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu:

*(nepieciešamo atzīmēt un norādīt izdevumu apmēru)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Izglītojamam, kas nav sasniedzis 18 gadu vecumu** | | |
| vakcināciju pret ērču encefalītu, ja izglītojamais nesaņem valsts apmaksātu vakcīnu atbilstoši normatīvajiem aktiem par vakcināciju; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| D vitamīna preparāta iegādi, ja tā lietošanu nozīmējusi ārstniecības persona; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| **Izglītojamam, kas sasniedzis 18 gadu vecumu** | | |
| vakcināciju pret ērču encefalītu; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| pacienta līdzmaksājumu par veselības aprūpes pakalpojumu, kas saistīts ar izziņas saņemšanu par vispārējo veselības stāvokli; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| D vitamīna preparāta iegādi, ja tā lietošanu nozīmējusi ārstniecības persona; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |

kas saistīts ar traumu, kas gūta 20\_\_.gada \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ valsts aizsardzības mācības nometnē vai Jaunsardzes nodarbībā vai pasākumā:

*(nepieciešamo atzīmēt un norādīt izdevumu apmēru)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Izglītojamam, kas nav sasniedzis 18 gadu vecumu** | | |
| ambulatori un stacionāri sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| medikamenti, kas iekļauti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā kā recepšu medikamenti; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| laboratoriskie un diagnostikas izmeklējumi atbilstoši medicīniskajām indikācijām ar ārstējošā ārsta nosūtījumu; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| medicīnisko ierīču iegāde; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| pacienta kopšanai nepieciešamo preču iegāde; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi reizi gadā, nepārsniedzot 569,15 *euro*; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| zobu protezēšana un zobārstniecība | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| **Izglītojamam, kas sasniedzis 18 gadu vecumu** | | |
| ambulatori un stacionāri sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| pacienta līdzmaksājums; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| medikamenti, kas iekļauti Latvijas Republikas Zāļu reģistrā kā recepšu medikamenti; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| laboratoriskie un diagnostikas izmeklējumi atbilstoši medicīniskajām indikācijām ar ārstējošā ārsta nosūtījumu; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| medicīnisko ierīču iegāde; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| pacienta kopšanai nepieciešamo preču iegāde; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi reizi gadā, nepārsniedzot 569,15 *euro*; | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |
|  |  |  |
| zobu protezēšana un zobārstniecība. | \_\_\_\_\_\_ | EUR apmērā |

Finanšu līdzekļus par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, lūdzu pārskaitīt uz šādu kredītiestādes kontu:

|  |  |
| --- | --- |
| Banka |  |
| Konta Nr. |  |

Parakstot šo iesniegumu ar savu parakstu apliecinu, ka neiebilstu, ja Jaunsardzes centrs par nodarbībā vai pasākumā gūtās traumas radītajām sekām un iesniegumā norādītajiem veselības aprūpes pakalpojumiem veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējam pieprasīs papildu informāciju – izrakstu no pacienta medicīniskajiem dokumentiem, lai pārliecinātos, vai saņemtie veselības aprūpes pakalpojumi atbilst Ministru kabineta noteikumos minētajiem veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas nosacījumiem un ir cēloņsakarība starp gūto traumu un izglītojamā dalību valsts aizsardzības mācības nometnē vai Jaunsardzes nodarbībā vai pasākumā.

Pielikumā: 1. *Izdevumus apliecinoša attaisnojuma dokumenta nosaukums, Nr. (kvītis, čeki, u.c., kuros norādīts pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods, datums, veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs un sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi)* uz \_\_ lp.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(iesniedzēja paraksts)*

20\_\_. gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_