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

**IESNIEGUMS**

**par rēķina apmaksu**

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)*

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

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

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

 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. *rēķina nosaukums un Nr. (veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja izrakstītais rēķins, kurā norādīts pakalpojuma saņēmēja vārds, uzvārds, personas kods, veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs un tā rekvizīti, veselības aprūpes pakalpojumi un to saņemšanas datums)* uz \_\_ lp.

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

 *(iesniedzēja paraksts)*

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