\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ārstniecības iestāde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(personas vārds, uzvārds)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(personas kods)

**Apliecinājums**

Ar savu parakstu apliecinu, ka atbilstu šādai personu grupai (atzīmēt atbilstošo):

* **Ilgstošas sociālās aprūpes centra *darbinieks* un citi pielīdzināma riska pakalpojuma sniedzēji.** Zemāk atzīmēt piederību konkrētai grupai
  + SAC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*( nosaukums)* darbinieks
  + SAC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( *nosaukums)* brīvprātīgā darba veicējs
  + bāriņtiesu darbinieks, kas nodrošina pakalpojumu klātienē ar personu (ilgāk par 15 minūtēm)
  + patversmes darbinieks kas nodrošina pakalpojumu klātienē ar personu (ilgāk par 15 minūtēm)
  + krīzes centra darbinieks, kas nodrošina pakalpojumu klātienē ar personu (ilgāk par 15 minūtēm)
  + krīžu ģimenes loceklis
  + sociālo pakalpojumu sniedzēji, kas nodrošina pakalpojumu klātienē ar personu (ilgāk par 15 minūtēm)
  + sociālo pakalpojumu sniedzēji, kas nodrošina pakalpojumu personas mājās
  + valsts asistents, kas nodrošina atbalstu cilvēkam ar invaliditāti.
* **Persona, kura dzīvo vienā mājsaimniecībā vai nodrošina regulāru un ilgstošu bērnu aprūpi**, kuram ir noteiktas hroniskas un imūnsupresējošas slimības

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

(*norāda bērna vārdu, uzvārdu, personas kodu*);

* **Persona, kura mājās aprūpē smagi slimu personu** (kurai ir neatgriezeniskie funkcionālie traucējumi vai/un kurš medicīnisku iemeslu dēļ nevar nokļūt ārstniecības iestādē)

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

(*norāda aprūpējamās smagi slimās personas vārdu, uzvārdu, personas kodu*).

* **Persona ar hronisku slimību**

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

(*norāda hronisko slimību)*

Datums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/paraksts/