\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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/