Ortodontinių aparatų (plokštelių), naudojamų ortodontiniam gydymui, kompensavimo Savivaldybės biudžeto lėšomis tvarkos aprašo

priedas

***(Prašymo kompensuoti ortodontinių aparatų (plokštelių) išlaidas forma)***

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

(vardas ir pavardė (rašyti didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis)

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

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

(asmens, teikiančio prašymą, kodas, adresas, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie ortodontinių aparatų (plokštelių) išlaidų kompensavimą, telefonas, el. paštas)

Klaipėdos miesto savivaldybės administracijai

**PRAŠYMAS**

**KOMPENSUOTI ORTODONTINIO GYDYMO PASLAUGŲ IŠLAIDAS IŠ SAVIVALDYBĖS BIUDŽETO LĖŠŲ**

20\_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Prašau kompensuoti ortodontinio aparato (plokštelės**)** išlaidas, pačiam susimokėjus už

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

(vaiko, kuriam prašoma suteikti ortodontinio gydymo paslaugas, vardas ir pavardė (rašyti didžiosiomis spausdintinėmis raidėmis), vaiko asmens kodas, vaiko gyvenamoji vieta (deklaruotas adresas)

suteiktas paslaugas. Vaikų skaičius šeimoje –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Paslaugas  20\_\_\_\_m.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. suteikė\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                   (sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Mano asmeninė sąskaita banke, į kurią prašau pervesti kompensaciją

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             (nurodomas sąskaitos numeris, banko pavadinimas ir kodas)

Su Klaipėdos miesto savivaldybės Ortodontinių aparatų (plokštelių), naudojamų ortodontiniam gydymui, kompensavimo Savivaldybės biudžeto lėšomis tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi). Sutinku, kad ortodontinių aparatų (plokštelių)išlaidos bus kompensuojamos pagal faktines išlaidas, neviršijant nustatyto bazinio dydžio.

Pridedami dokumentai:

1. Vaiko tapatybę patvirtinančio dokumento kopija.

2. Vaiko neįgalumą patvirtinančio dokumento kopija.

3. Apmokėjimą patvirtinantys dokumentai (sąskaitą faktūra, pinigų priėmimo kvitas ir kt.).

4. Gydytojo odontologo arba gydytojo odontologo specialisto išduota pažyma.

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

                                                                                                                                                                          (parašas)

**DEKLARACIJA**

Aš, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(asmens, jo globėjo (rūpintojo**)** ar šeimai atstovaujančio suaugusio šeimos nario vardas ir pavardė)

**1) ŽINAU IR SUTINKU:**

* kad ortodontinio aparato (plokštelės**)** išlaidų kompensavimo tikslais apie mane (mano šeimos narius) ar asmenį, kuriam (-iems) prašoma kompensuoti patirtas išlaidas, bus renkama informacija iš kitų institucijų (Gyventojų duomenų registro, Socialinės paramos šeimai informacinės sistemos (SPIS)), užtikrinant duomenų konfidencialumą teisės aktų nustatyta tvarka;
* kad Savivaldybė gali pareikalauti papildomų dokumentų, patvirtinančių mano (mano šeimos narių) ar asmens, kuriam (-iems) prašoma kompensuoti patirtas išlaidas, pateiktų duomenų teisingumą;
* kad dėl sąmoningo neteisingos informacijos pateikimo kompensuoti patirtas išlaidas man (mano šeimai) ar asmeniui, gali būti nekompensuotos patirtos išlaidos.

**2) TVIRTINU**, kad pateikta informacija yra teisinga.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (data) (parašas) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (vardas ir pavardė) |