**PRAŠYMAS PRILYGINTI DALYVUMO LYGIUI**

(asmuo, užpildęs prašymą, atsako už duomenų teisingumą teisės aktų nustatyta tvarka).

202 - - ⌧ žymėjimo pavyzdys

Asmens su negalia teisių apsaugos agentūrai

prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vardas**  **Pavardė** (asmens, dėl kurio teikiamas prašymas) |  | **Gim. data** |  |
|  | | |
| **Asmens kontaktiniai duomenys:** | | | |
| **Adresas** |  | | |
| **El. paštas** |  | **Tel. Nr.** | |
| **Asmens atstovo vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas** |  | | |
|  | | |
| **Asmens atstovo kontaktiniai duomenys:** | | | |
| **Adresas** |  | | |
| **El. paštas** |  | **Tel. Nr.** | |

|  |
| --- |
| 🞏 **PRAŠAU SPECIALIŲJŲ POREIKIŲ LYGĮ PRILYGINTI DALYVUMO LYGIUI** |

|  |
| --- |
| 🞏 **PRAŠAU IKI SENATVĖS PENSIJOS AMŽIAUS NUSTATYTĄ DARBINGUMO LYGĮ PRILYGINTI DALYVUMO LYGIUI** |

|  |
| --- |
| **Išduodant ASMENS SU NEGALIA pažymėjimą**:  🞏 **SUTINKU**, kad veido atvaizdas (nuotrauka) būtų paimtas iš Gyventojų registro  🞎 nesutinku ir pateikiu nuotrauką skaitmeninėje laikmenoje JPG formatu (nurodant asmens vardą (-us) ir pavardę (-es) |

|  |
| --- |
| **AGENTŪROS PARENGTUS DOKUMENTUS:**  🞏 atsiimsiu atvykęs (-usi) 🞏 išsiųsti prašyme nurodytu adresu |
| **SUTINKU (pildyti neprivaloma)**,kad informacija apie mano (mano atstovaujamo asmens) negalios vertinimą ir priimtus sprendimus būtų teikiama nurodytam asmeniui (asmenims):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (vardas, pavardė, gimimo data, ryšys, telefono Nr., el. pašto adresas)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ESU INFORMUOTAS (-A), KAD:**  Agentūra, nagrinėdama prašymą ir atlikdama prilyginimą dalyvumo lygiui, tvarkys mano specialios kategorijos duomenis ir, esant reikalui, iš asmens sveikatos priežiūros ar kitų įstaigų ir institucijų gaus papildomus dokumentus (duomenis) teisės aktų nustatyta tvarka. |

**TVIRTINU, kad pateikta informacija yra teisinga**

Informacinius pranešimus gauti SMS žinute sutinku Taip 🞏 Ne 🞏

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

(parašas) (vardas ir pavardė)