

ASMENS, KURIS KREIPIASI DĖL PARAMOS GINKLUOTO PASIPRIEŠINIMO
(REZISTENCIJOS) DALYVIAMS-KARIAMS SAVANORIAMS ¹

Vardas

Pavardė

Asmens kodas

¹Jei kreipiasi fizinio asmens įgaliotas asmuo, įrašomi atstovaujamojo duomenys.

Deklaruotos gyvenamosios vietos adresas arba gyvenamosios vietos adresas, kai asmuo įtrauktas į gyvenamosios vietos neturinčių (nedeklaravusių) asmenų apskaitą ²	Telefono ryšio Nr.
	El. paštas
Faktinės gyvenamosios vietos adresas ³	Telefono ryšio Nr.
	El. paštas

²Duomenys gaunami iš valstybės ir žinybinių registrų bei valstybės informacinių sistemų.

³Nurodomas tik tuo atveju, jeigu asmuo nėra deklaravęs gyvenamosios vietos arba nėra įtrauktas į gyvenamosios vietos neturinčių (nedeklaravusių) asmenų apskaitą.

(savivaldybės (seniūnijos) pavadinimas) ^[4]

**PRAŠYMAS SKIRTI PARAMĄ GINKLUOTO PASIPRIEŠINIMO (REZISTENCIJOS)
DALYVIAMS-KARIAMS SAVANORIAMS**

(data)

Marijampolė

1. Prašau skirti (reikalingą paramos rūšį pažymėkite

- vienkartinę pašalpą:
- sužalotam ginkluoto pasipriešinimo kovose, tardymo ar kalinimo metu
- pripažintam netekusiu 75–100 procentų darbingumo (iki 2005 m. liepos 1 d. – I grupės invalidu)
- pripažintam netekusiu 60–70 procentų darbingumo (iki 2005 m. liepos 1 d. – II grupės invalidu)
- pripažintam netekusiu 45–55 procentų darbingumo (iki 2005 m. liepos 1 d. – III grupės invalidu)

- laidojimo pašalpą _____
(mirusio ginkluoto pasipriešinimo (rezistencijos) dalyvio-kario savanorio vardas, pavardė)

2. Priedama⁵ (pažymėti pridedamus dokumentus

- 2.1. Asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija _____ lapų.
- 2.2. Mirties liudijimo kopija _____ lapų.
- 2.3. Lietuvos gyventojų genocido ir rezistencijos tyrimo centro išduoto kario savanorio teisinio statuso pažymėjimo nuorašas, patvirtintas įstatymo nustatyta tvarka _____ lapų.
- 2.4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojų konsultacinės komisijos išduota išvada apie sužalojimą, susijusį su ginkluotu pasipriešinimu kovose, tardymu ar kalinimu _____ lapų.
- 2.5. Prašymo padavimo dieną galiojantis neįgalumo, susijusio su ginkluotu pasipriešinimu kovose, tardymu ar kalinimu pažymėjimas ar darbingumo lygio pažyma _____ lapų.
- 2.7. Kiti (išvardinti)

⁵ Pareiškėjui nereikia pateikti dokumentų, jei informacija gaunama iš valstybės ir žinybinių registrų bei valstybės informacinių sistemų.

3. Išmoką prašau pervesti į sąskaitą:

Mokėjimo ar kredito įstaigos (banko ar kt.) pavadinimas _____

Sąskaitos numeris (20 simbolių):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Informaciją apie priimtus sprendimus dėl piniginės socialinės paramos skyrimo ar neskyrimo prašau teikti:

- paštu, korespondencijos adresas _____;
- elektroniniu paštu, el. p. adresas _____;
- telefonu, tel. Nr. _____;

Pareiškėjas (įgaliotas asmuo) _____
(parašas) (vardas ir pavardė)

PILDO SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJOS DARBUOTOJAS

Prašymas gauti paramą pateiktas _____ Nr. _____
(gavimo data)

- Pateikti visi reikalingi dokumentai
- Nepateikti išmokai skirti reikalingi dokumentai

Nepateikti dokumentai	Pateikimo data	Dokumentus priėmusio darbuotojo vardas, pavardė ir parašas

Prašymą gauti paramą ir dokumentus priėmė

(pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

^[4] Jūsų asmens duomenų valdytojas: Marijampolės savivaldybės administracija (juridinio asmens kodas 188769113, adresas: J.Basanavičiaus a. 1, Marijampolė, 68307 Marijampolė, tel. 8 343 90011, el. p. administracija@marijampole.lt). Marijampolės savivaldybės administracijos asmens duomenų apsaugos pareigūnas, tel. 8 343 90007, el. p. duomeniu.apsauga@marijampole.lt

Asmens duomenų tvarkymo tikslas: nustatyti Jūsų asmens tapatybę ir gauti papildomą informaciją, reikalingą paslaugų teikimui. Netvarkant Jūsų duomenų negalėsime gauti reikalingos informacijos, todėl neturėsime teisinio pagrindo Jums suteikti prašomų paslaugų. Jūsų asmens duomenys bus saugomi Marijampolės savivaldybės administracijos nustatyta tvarka ir terminais.

Kreipiantis raštu turite teisę prašyti, kad duomenų valdytojas leistų susipažinti su Jūsų asmens duomenimis ir kad duomenų valdytojas juos ištaisyty arba ištrintų, arba apribotų duomenų tvarkymą, taip pat turite teisę nesutikti, kad duomenys būtų tvarkomi, teisę perkelti duomenis bei teisę pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai (A. Juozapavičiaus g. 6, LT-09310 Vilnius, tel. (8 5) 271 2804, el. p. ada@ada.lt).

Prašymas gauti kompensaciją pateiktas _____ Nr. _____
(gavimo data)

- Pateikti visi reikalingi dokumentai
- Nepateikti išmokai skirti reikalingi dokumentai

Nepateikti dokumentai	Pateikimo data	Dokumentus priėmusio darbuotojo vardas, pavardė ir parašas

Nepateiktus dokumentus pateikti iki _____

Prašymą gauti kompensaciją ir dokumentus priėmė:

_____ (pareigų pavadinimas) _____ (parašas) _____ (vardas ir pavardė)