
(tėvo / motinos ar kito teisėto vaiko atstovo vardas, pavardė)

(gyvenamosios vietos adresas)

(kontaktinio telefono Nr., el. pašto adresas)

Kupiškio rajono savivaldybės administracijos
direktoriui

PRAŠYMAS
DĖL VAIKO PRIEŽIŪROS KUPIŠKIO VAIKŲ LOPŠELYJE-DARŽELYJE „SAULUTĖ“

(data)

Atsakingai įvertinęs(-usi) vaiko(-ų) priežiūros galimybes namuose, prašau suteikti mano (*pabraukti tinkamą*) dukrai / sūnui / įvaikiui / globotiniui (*įrašomas vaiko vardas, pavardė, gimimo data*) vaiko priežiūros ir maitinimo paslaugą Kupiškio vaikų lopšelyje-darželyje „Saulutė“ nuo 2020 m. gegužės mėn. ___ d. (*įrašoma pageidaujama data*).

Teikdamas šį prašymą patvirtinu, kad mano vaikas (-ai), dėl kurio(-ių) priežiūros kreipiausi:

1. Neserga lėtinėmis ligomis, nurodytomis Sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 23 d. įsakymu Nr. V-483 „Dėl Sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąrašo patvirtinimo“.

2. Negyvena kartu su asmenimis, priskirtiniais rizikos grupėms (vyresnio nei 60 m. amžiaus asmenims ir (arba) sergantiems lėtinėmis ligomis, nurodytomis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 23 d. įsakyme Nr. V-483 „Dėl Sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąrašo patvirtinimo“: žmogaus imunodeficito viruso liga; piktybiniai navikai (jei liga diagnozuota ar buvo paūmėjimas ir jei po taikyto gydymo pabaigos nepraėjo 2 metai); cukrinis diabetas; širdies ir kraujagyslių ligos su lėtiniu širdies nepakankamumu 2-4 laipsnio; lėtinės kvėpavimo organų ligos su kvėpavimo nepakankamumu; lėtinės inkstų ligos su inkstų nepakankamumu; būklė po autologinės kaulų čiulpų ir organų transplantacijos; ligos, kurios šiuo metu gydomos bendra ar selektyvia chemoterapija ar radioterapija ir ligos, po kurių gydymo šiais metodais pabaigos nepraėjo 2 metai; ligos, kurios šiuo metu gydomos imunosupresija atitinkančia metilprednizolono 10 mg/kg per dieną ir ligos, nuo kurių gydymo šiuo būdu pabaigos nepraėjo 6 mėnesiai; įgimtas imunodeficitas; kitos sunkios lėtinės ligos, kai taikomas imunosupresinis gydymas).

Patvirtinu, kad vaiko priežiūros paslauga reikalinga dėl būtinumo darbo funkcijas atlikti darbo vietoje ir nėra galimybės palikti vaiko namuose, pasitelkiant kitų asmenų pagalbą.

PRIDEDAMA:

1. Nurodyti dokumento (darbdavio pažymos) pavadinimą, datą, numerį, lapų skaičių.
2. Nurodyti dokumento (darbo grafiko) pavadinimą, lapų skaičių.

(parašas)

Vardas, pavardė

Pastaba. Pasirašytas paprastu asmens parašu ir skenuotas arba fotografuotas prašymas teikiamas el. paštu savivaldybe@kupiskis.lt. Prašymas taip pat gali būti pasirašytas ir kvalifikuotu elektroniniu parašu.

Apie sprendimą teikti / neteikti vaikui priežiūros paslaugą prašymo teikėjas informuojamas prašyme nurodytu el. paštu arba prašyme nurodytu tel. Nr.