

Arodbiedrības LAKRS Sociālo interešu aizstāvības un riska fondam
Bruņinieku ielā 29/31- 503.kab., Rīga, LV-1001, tālrunis +371 28656124

_____ (Darba vietas nosaukums)

_____ (Vārds, Uzvārds, Personas kods)

_____ (Biedra kartes Nr.)

_____ (Mob.tel.)

L	V																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Bankas konta Nr.)

iesniegums.

Atbilstoši SARF nolikumam, lūdzu izmaksāt man materiālo pabalstu sakarā ar:
(vajadzīgo atzīmēt)

- arodbiedra nāves gadījumu** - (*pielikumā*: miršanas apliecības kopija, radnieka vai citas personas, kura veic apbedīšanu, iesniegums brīvā formā)
- stihiskas nelaimes gadījumu** - (*pielikumā*: pašvaldību un citu kompetento institūciju apstiprināti dokumenti par nodarītiem zaudējumiem - kopijas)
- nelaimes gadījumu darbā ar letālām sekām** - (*pielikumā*: miršanas apliecība, akts par nelaimes gadījumu darbā - kopijas, radnieka vai citas personas, kura veic apbedīšanu iesniegums brīvā formā)
- darbā iegūtu invaliditāti** - (*pielikumā*: invaliditātes apliecība, atzinums par arodslimību, veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas izziņa - kopijas)
- bērna piedzimšanu** - (*pielikumā*: dzimšanas apliecība - kopija)
- ārstēšanos slimnīcā**- (*pielikumā*: slimības lapa un izrakts no stacionāra - kopijas)
- ilgstošu ārstēšanos mājās (slimības lapa B)** - (*pielikumā*: slimības lapa - kopija)
- ārstēšanos sanatorijā** - (*pielikumā*: izziņa no sanatorijas par uzturēšanos, čeks par ceļa zīmes samaksu - kopijas)

Pabalsta naudu lūdzu **ieskaitīt manā bankas kontā.**

/datums/

/paraksts/

Pabalsta izmaksai piekrītu, arodbiedrības biedru nauda nomaksāta līdz
20 ____ .gada _____ arodorganizācijas priekšsēdētājs(-āja)

/paraksts/

/vārds, uzvārds/

Reģistrēts biedru reģistrā: _____ (LAKRS biroja atbildīgais darbinieks)
(paraksts)

IESNIEGUMU AR KLĀTPIELIKTO DOKUMENTU KOPIJĀM IZSŪTĪT PA PASTU
Bruņinieku ielā 29/31- 503, Rīga, LV-1001