SOTSIAALSE REHABILITATSIOONI TEENUSE TAOTLUS

(sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmise taotlus)

1. TAOTLEJA ANDMED (isik, kelle kohta taotlus esitatakse)

Eesnimi	
Perekonnanimi	
Isikukood (puudumisel sünniaeg)	
E-posti aadress	
Kontakttelefon	
Postiaadress	*(tänav, maja, korter) (linn/asula) (maakond) (indeks)*

2. SEADUSLIKU ESINDAJA ANDMED:

Eesnimi		
Perekonnanimi		
Juriidilise isiku nimi ja reg kood (vajadusel)		
Isikukood		
E-posti aadress		
Kontakttelefon		
Postiaadress		*(tänav, maja, korter) (linn/asula) (maakond) (indeks)*
Esindaja	☐	eestkostja kohtumääruse alusel
	☐	Volikirja alusel
	☐	alla 18-aastase lapse vanem

Palun riigi poolt üle võtta mulle osutatava sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustus

3. TAOTLUSELE ON LISATUD JÄRGMISED DOKUMENDID

☐	koopia isiku seadusliku esindaja esindusõigust tõendavast dokumendist
☐	arstitõend (väljavõte haigusloost või tervisekaardist) psüühikahäire esinemise kohta
☐	muu (nimetada, nt volikiri)

4. OTSUSEST TEADASAAMISE VIIS

☐	**E-postiga** *(dokument edastatakse krüpteerimata kujul. Sotsiaalkindlustusamet ei saa tagada Teile edastatavate andmete turvalisust ja konfidentsiaalsust. E-kirja manuses oleva pdf-vormingus dokumendi avamiseks on vajalik Acrobat Reader vms tarkvara).*
☐	**Riigiportaalis** www.eesti.ee
☐	**Sotsiaalkindlustusameti Iseteeninduseportaalis** *Teavitus iseteeninduskeskkonda lisatud otsuse kohta saadetakse Teile teie isikuandmetes märgitud e-posti aadressile.*
☐	**Lihtkirjaga** *Saates kirja tavapostiga, ei saa Sotsiaalkindlustusamet tagada Teile edastatavate andmete turvalisust ja konfidentsiaalsust).*
☐	**Klienditeenindusbüroo** (millises?)
Soovin teavitust, kui otsusele võib järele tulla:	
☐	**E-posti teel**
☐	**Telefoni teel**

5. TAOTLUSE ESITAMISEGA KINNITAN, ET ESITATUD ANDMED ON ÕIGED

☐	Olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet kasutab sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse hindamiseks ja teenusele saamise õigustatuse tuvastamiseks minu lapse/eestkostetava/minu volitaja eriliigilisi isikuandmeid, milleks on andmed tervise, sh diagnoosi, puude ja töövõime kohta.
☐	Olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet edastab nimetatud andmed sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajale, kes kasutab neid vaid sotsiaalse rehabilitatsiooni plaani koostamise ning sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamise eesmärgil. Olen teadlik, et saan nõusoleku igal ajal tagasi võtta, teatades sellest kirjalikult e-posti aadressil info@sotsiaalkindlustusamet.ee. Nõusoleku tagasivõtmine ei mõjuta nõusoleku alusel seni toimunud andmete töötlemise seaduslikkust.

6. TAOTLUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:

. . 20 a		**Taotluse esitaja nimi:**	
		Taotluse esitaja allkiri:	
☐	**Taotleja või taotleja seaduslik esindaja on allkirjastanud avalduse digitaalselt**		