*\*       - alusta trükkimist reale*

\* ☒ *- märgista vastus vajutades ruudule*

AVALDUS REHABILITATSIOONIASUTUSE VAHETAMISEKS

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)* |

1. **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 |
|  | alla 18-aastase lapse vanem |
|  | volitatud esindaja volikirja alusel (*NB! Lisa volitus*) |

1. **ASUTUSE VAHETAMISE PÕHJUS**

|  |
| --- |
|  |

1. **ASUTUS, KUHU SOOVITAKSE TEENUSELE MINNA**

|  |
| --- |
|  |

1. **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).* | |
|  | **E-postiga krüpteeritult** (e-kirja manuses olev dokument on krüpteeritud ja selle avamiseks on vajalik ID-kaart, ID-kaardi lugeja ja DigiDoc tarkvara, samuti Acrobat Reader vms tarkvara pdf-vormingus manuse avamiseks). | |
|  | **Riigiportaalis** [www.eesti.ee](file:///\\sotsmin\dfs\SKA\SKA\Üldine\Blanketid\saadetud_Erihoolekandeteenused\www.eesti.ee) | |
|  | **Sotsiaalkindlustusameti Iseteenindusportaalis** *Teavitus iseteeninduskeskkonda lisatud otsuse kohta saadetakse Teile teie isikuandmetes märgitud e-posti aadressile.* | |
|  | **Klienditeenindusbüroo** (millises?) | |
| **Soovin teavitust, kui otsusele võib järele tulla:** | | |
|  | | **E-posti teel** |
|  | | **Telefoni teel** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **TAOTLUSE ESITAMISEGA KINNITAN, ET ESITATUD ANDMED ON ÕIGED** | |
|  | Olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet edastab minu eelmises suunamisotsuses kajastatud isikuandmed, sh ka terviseandmed minu poolt valitud uuele sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajale, kes kasutab neid vaid sotsiaalse rehabilitatsiooni plaani ja tegevuskava 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](file:///\\sotsmin\dfs\SKA\SKA\Üldine\Blanketid\saadetud_Erihoolekandeteenused\info@sotsiaalkindlustusamet.ee). Nõusoleku tagasivõtmine ei mõjuta nõusoleku alusel seni toimunud andmete töötlemise seaduslikkust. |

1. **TAOTLUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Taotluse kuupäev: | **Taotluse esitaja nimi:** |  |
| .       . 20      a | **Taotluse esitaja allkiri:** |  |
| *Elektrooniliselt saadetav taotlus peab olema digitaalselt allkirjastatud taotleja või seadusliku esindaja poolt* | | |