*\*       - alusta trükkimist reale*

\* ☒ *- märgista vastus vajutades ruudule*

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)* |

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 |
|  | Volikirja alusel |
|  | alla 18-aastase lapse vanem |

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

1. **TAOTLUSELE ON LISATUD JÄRGMISED DOKUMENDID**

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

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 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](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 esindaja poolt* | | |