

## ERIHOOLEKANDETEENUSTE TAOTLUS

(esitab isik või tema seaduslik esindaja Sotsiaalkindlustusametile)

### Taotleja andmed (isik, kelle kohta taotlus esitatakse):

Ees- ja perekonnanimi			
Isikukood			
Kontaktaadress			
	(tänav/küla, maja ja krt. nr)	(linn/vald, maakond)	(sihtnumber)
Kontakttelefon			
E-posti aadress			

### Taotleja seadusliku esindaja andmed:

Seaduslik esindaja (märkida X-ga)	<input type="checkbox"/>	eestkostja
	<input type="checkbox"/>	volitatud esindaja
	Juriidilise isiku nimi ja postiaadress (juhul, kui eestkostjaks on juriidiline isik)	
Ees- ja perekonnanimi		
Isikukood		
Esinduse alus		
Kontaktaadress		
	(tänav/küla, maja ja krt. nr)	(linn/vald, maakond) (sihtnumber)
Kontakttelefon		
E-posti aadress		

### Vajan abi järgmistes valdkondades (märkida X-ga):

<input type="checkbox"/>	mälu ja keskendumine
<input type="checkbox"/>	liikumine (seismine, püsti tõusmine, liikumine kodus ja väljaspool)
<input type="checkbox"/>	enese eest hoolitsemine (pesemine, riietumine, söömine)
<input type="checkbox"/>	inimestega lävimine (pere ja sõpradega suhtlemine, võõraste inimestega suhtlemise algatamine)
<input type="checkbox"/>	igapäevased toimingud (igapäevaste kohustuste täitmine kodus, tööl või koolis)
<input type="checkbox"/>	osalemine ühiskonnaelus (üritused, osalemise füüsilised ja sotsiaalsed takistused, terviseolukorra mõju pere elukorraldusele ja majanduslikule toimetulekule)

### Igapäevaelu toetamise teenus

### Igapäevaelu toetamise teenus autismispektriga raske ja sügava puudega täisealisele

### Igapäevaelu toetamise teenus päeva- ja nädalahoitteenusena

Eelistatud teenuseosutaja	
Maakond	
Tegevuskoha aadress	

### Töötamise toetamise teenus

Eelistatud teenuseosutaja	
Maakond	
Tegevuskoha aadress	

### Toetatud elamise teenus

Eelistatud teenuseosutaja	
---------------------------	--

Maakond	
Tegevuskoha aadress	

**Kogukonnas elamise teenus**

Eelistatud teenuseosutaja	
Maakond	
Tegevuskoha aadress	

**Ööpäevaringne erihooldusteenus**

Eelistatud teenuseosutaja	
Maakond	
Tegevuskoha aadress	
Soovin teenusele:	<input type="checkbox"/> Esimesel võimalusel
	<input type="checkbox"/> Alates (märgi kuupäev):

**Ööpäevaringne erihooldusteenus ebastabiilse remissiooniga isikule**

Eelistatud teenuseosutaja	
Maakond	
Tegevuskoha aadress	
Soovin teenusele:	<input type="checkbox"/> Esimesel võimalusel
	<input type="checkbox"/> Alates (märgi kuupäev):

**Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega isikule**

Eelistatud teenuseosutaja	
Maakond	
Tegevuskoha aadress	
Soovin teenusele:	<input type="checkbox"/> Esimesel võimalusel
	<input type="checkbox"/> Alates (märgi kuupäev):

**Minule saadetavad dokumendid ja teated soovin saada (loetelust üks valik märkida X-ga ja lisada aadress):**

<input type="checkbox"/>	e-post <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/>	e-postiga krüpteeritult	
<input type="checkbox"/>	posti teel tähtkirjaga	
<input type="checkbox"/>	posti teel lihtkirjaga <sup>2</sup>	
<input type="checkbox"/>	klienditeeninduses	
<input type="checkbox"/>	iseteenindusportaal	

**Taotlusele on lisatud järgmised dokumendid:**


Igapäevaelu toetamise teenuse, töötamise toetamise teenuse, toetatud elamise teenuse või kogukonnas elamise teenuse saamiseks esitab taotleja lisaks taotlusele sotsiaalhoolekande seaduse § 90 lõikes 2 nimetatud psühhiaatri esitatava kirjaliku hinnangu või rehabilitatsiooniplaani.

**Kinnitused**

Kinnitan esitatud andmete õigsust ning olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet kasutab erihooldekandeteenuse vajaduse hindamiseks minu delikaatseid isikuandmeid, milleks on andmed minu tervise, puude ja töövõime kohta ning psühhiaatri hinnangus või isiklikus rehabilitatsiooniplaanis olevad diagnoosid, ja edastab nimetatud andmed erihooldekandeteenuse osutajale, kes kasutab neid vastavalt vajadusele erihooldekandeteenuse osutamiseks.

Kinnitan oma soovi erihooldekandeteenuse omaosaluse tasumiseks puudujääva osa hüvitamist riigieelarvest ning olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet kontrollib teenusele suunamisel ja teenuseosutamise ajal minu sissetulekuid Maksu- ja Tolliameti infosüsteemist, mis on vajalik omaosaluse puudujääva osa suuruse arvutamiseks.

--	--	--

<i>(kuupäev)</i>	<i>(nimi)</i>	<i>(allkiri)</i>
------------------	---------------	------------------

<sup>1</sup>Krüpteerimata dokument edastatakse avatud kujul, mis tähendab, et igaüks, kellel on ligipääs saatmiseks kasutatavale e-posti aadressile, saab dokumendi sisuga tutvuda. Sotsiaalkindlustusamet ei saa tagada edastatavate andmete turvalisust ja konfidentsiaalsust.

<sup>2</sup>Lihtkirjaga saatmise korral ei saa Sotsiaalkindlustusamet tagada edastatavate andmete kohalejõudmist.