

SOTSIAALSE REHABILITATSIOONI TEENUSE TAOTLUS

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

TAOTLEJA andmed (isik, kelle kohta taotlus esitatakse):

Eesnimi			
Perekonnanimi			
Isikukood			
Postiaadress			
	(maakond, linn/vald)	(tänav/küla, maja ja krt. nr.)	(sihtnumber)
Kontakttelefon			
E-posti aadress			

Taotleja SEADUSLIKU ESINDAJA andmed:

Seaduslik esindaja on	alla 18-aastase lapse vanem		
	eestkostja		
Juriidilise isiku nimi ja postiaadress (juhul, kui eestkostjaks on juriidiline isik)			
Eesnimi			
Perekonnanimi			
Isikukood			
Postiaadress			
	(maakond, linn/vald)	(tänav/küla, maja ja krt. nr.)	(sihtnumber)
Kontakttelefon			
E-posti aadress			

PALUN RIIGI POOLT ÜLE VÕTTA MULLE OSUTATAVA SOTSIAALSE REHABILITATSIOONI TEENUSE EEST TASU MAKSMISE KOHUSTUS**Taotlusele on lisatud järgmised dokumendid** (loetelust vajalik märkida X-ga):

<input type="checkbox"/>	koopia isiku seadusliku esindaja esindusõigust tõendavast dokumendist
<input type="checkbox"/>	arstitõend
<input type="checkbox"/>	muu (nimetada, nt volikiri)

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

<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> Posti teel lihtkirjaga (dokument edastatakse postkasti, Sotsiaalkindlustusamet ei saa tagada Teile edastatavate andmete kohale jõudmist, turvalisust ega konfidentsiaalsust.)	<input type="checkbox"/> Posti teel tähtkirjaga
<input type="checkbox"/> Riigiportaalis www.eesti.ee	<input type="checkbox"/> Iseteenindusportaalis Iseteenindus - SKAIS
<input type="checkbox"/> Klienditeeninduses- tulen ise järele (Kirjutage asukoht, nt Rapla)	
<input type="checkbox"/> Soovin teavitust, kui otsusele võib järele tulla (Valige üks ja märkige X)	<input type="checkbox"/> E-posti teel <input type="checkbox"/> Telefoni teel

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 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.

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