**SOTSIAALSE Rehabilitatsiooni teenuse Taotlus**

(sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt üle võtmise 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):

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  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)*.  |
| [ ]  Posti teel lihtkirjaga *(dokument edastatakse postkasti, Sotsiaalkindlustusamet ei saa tagada Teile edastavate andmete kohale jõudmist, turvalistust ega konfidentsiaalsust).* | [ ]  Posti teel tähtkirjaga  |
| [ ]  Riigiportaalis [www.eesti.ee](http://www.eesti.ee)  | [ ]  Iseteenindusportaalis [Iseteenindus - SKAIS](https://iseteenindus.sotsiaalkindlustusamet.ee/dashboard/portal/login?url=%2Fdashboard%2Fportal) |
| [ ]  Klienditeeninduses- tulen ise järele *(Kirjutage asukoht, nt Rapla)*  |
| [ ]  Soovin teavitust,kui otsusele võib järele tulla *(Valige üks ja märkige X)*  [ ]  E-posti teel [ ]  Telefoni teel  |

**Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele õigustatuse kinnitus** (täidab ainult **tööealine isik**, kes märgib loetelust vajaliku X-ga):

|  |  |
| --- | --- |
|  | saan ennetähtaegset vanaduspensioni |
|  | saan vanaduspensioni ootel oleva päästeteenistuja toetust |
|  | ei ole töötuna arvele võetud;ei tööta, ei ole registreeritud füüsilisest isikust ettevõtjana äriregistris, ei ole registreeritud füüsilisest isikust ettevõtja ettevõtte tegevuses osaleva abikaasana maksukohustuslaste registris; ei omanda põhi-, üldkesk-, kutse- või kõrgharidust |
|  | olen puuduva töövõimega |

**Minu toimetulekuvõime** pärast viimast puude ja/või töövõime hindamist (täidab **16-aastane ja vanem isik**, kes märgib loetelust vajaliku X-ga):

|  |  |
| --- | --- |
|  | on paranenud |
|  | on halvenenud  |
|  | ei ole muutunud |
|  | on väga muutlik |

**Minu abivajadus** **Sotsiaalkindlustusametis sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse hindamisel** (täidab **16-aastane ja vanem isik**, kes märgib loetelust ühe või mitu valikut X-ga):

|  |  |
| --- | --- |
|  | saatja  |
|  | tugiisik  |
|  | viipekeele tõlk  |
|  | muu abi (kirjeldada)  |

 |
| **Taotluse esitamisega kinnitan**, et esitatud andmed on õiged. [ ] Olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet kasutab sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse hindamiseks ja teenusele saamise õigustatuse tuvastamiseks minu/minu 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 tegevuskava/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. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(kuupäev)* | *(nimi)*  | *(allkiri)* |