**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](mailto:info@sotsiaalkindlustusamet.ee). Nõusoleku tagasivõtmine ei mõjuta nõusoleku alusel seni toimunud andmete töötlemise seaduslikkust. |
|  |

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