**ERIHOOLEKANDETEENUSTE TAOTLUS**

**Taotleja andmed** (isik, kes soovib teenust saada):

|  |  |
| --- | --- |
| Taotleja ees- ja perekonnanimi: |  |
| Taotleja isikukood: |  |
| **Taotleja kontaktandmed** *(Kui taotlejal on esindaja, siis taotleja kontaktandmeid täitma ei pea)* | |
| Taotleja e-postiaadress: |  |
| Taotleja telefon: |  |
| Taotleja postiaadress: |  |

**Seadusliku esindaja andmed:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seaduslik esindaja (märkida X-ga) | ☐ | eestkostja kohtumääruse alusel |
| **☐** | volitatud esindaja |
| Juriidilise isiku nimi (*kui eestkostjaks on juriidiline isik, nt kohalik omavalitsus või äriühing)*: |  | |
| Esindaja ees- ja perekonnanimi: |  | |
| Esindaja isikukood: |  | |
| Esindaja e-posti aadress: |  | |
| Esindaja telefon: |  | |

**PALUN MULLE OSUTADA ERIHOOLEKANDETEENUST**

**Soovin teenust saada:**

|  |  |
| --- | --- |
| Eelistatud teenuseosutaja nimi: |  |
| Eelistatud teenuseosutamise maakond: |  |
| Teenuseosutaja tegevuskoha aadress: |  |
| Soovin teenusele: | esimesel võimalusel |
| alates konkreetsest kuupäevast |
| Kuupäev, millal soovin teenusele asuda: | Klõpsake või koputage kuupäeva sisestamiseks. |

**Minule saadetavad dokumendid soovin saada** (märgi loetelust üks valik):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | e-postiga |  |
|  | e-postiga krüpteeritult |  |
|  | posti teel tähtkirjaga |  |
|  | posti teel lihtkirjaga |  |
|  | klienditeeninduses |  |
|  | iseteenindusportaali eesti.ee |  |

**Nõusolekud/Kinnitused**

Kinnitan esitatud andmete õigsust ning  olen teadlik, et Sotsiaalkindlustusamet vaatab tervise infosüsteemist minu psüühikahäire diagnoosi andmeid ja kasutab neid koos minu teiste isikuandmetega, milleks on muuhulgas andmed minu tervise, puude ja töövõime kohta, erihoolekandeteenuse õigustatuse tuvastamiseks. Olen teadlik, et Sotsiaalkindlustusamet edastab nimetatud andmed vastavalt vajadusele erihoolekandeteenuse osutajale.

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

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

Nimekiri erihoolekandeteenuste osutajate teenusekohtadest asub Sotsiaalkindlustusameti kodulehel:

<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/erihoolekanne_teenuskohad.pdf>