**ÖÖPÄEVARINGSE HOOLDUSTEENUSE TAOTLUS**

Palun võtta mind Setomaa Hooldekodu järjekorda ja suunata mind sobiva koha olemasolul ööpäevaringsele hooldusteenusele.

|  |  |
| --- | --- |
| Ees- ja perekonnanimi | . |
| Isikukood | . |
| Elukoha aadress | . |
| Telefon | . | e-post | . |

Viibin hetkel:

☐ Kodus

☐ Raviasutuses (millises ja mis ajani?) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

☐ Mujal (kus?) ………………………………………………………………...........................……………………………………………………………………………………………………………………….

Soovin teenusele asuda alates: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Vajan abi järgmistes tegevustes: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………

Minu seadusjärgsed ülalpidajad või kontaktisikud (nimi, sugulus / seotus, telefon, e-post, aadress)

|  |
| --- |
| . |
| . |
| . |

**Tervislik seisund ja toimetulek**

☐ ei ole puuet ☐ liigun abita

☐ keskmine puue, tähtajaga ………………………………………..……… ☐ olen voodihaige

☐ raske puue, tähtajaga ………………………………………..……… ☐ kasutan liikumisel abivahendit (millist?)

☐ sügav puue, tähtajaga ………………………………………..……… ……………………………………………..………………………………..………

Minu raviskeem sisaldab:

☐ tabletiravi

☐ süstimist (kellaajad) …………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

☐ teisi protseduure (milliseid) …………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

Minu perearst on (nimi ja telefon) …………………………………….………………………………………………….……………………………………………………………………………….

**Sissetulek ja teenuse eest tasumine**

☐ Minu sissetulek on (summa) …………..………………… Väljamakse viis ………………………....................................…………………………………………

Isik, kellel on ligipääs kontole maksete korraldamiseks ……………………………………………………………………………………………………………………………

☐ Tasun teenuse kulust omaosalusena ……………………………% pensionist (valik vahemikus 85%-100%) ja

100% sotsiaaltoetusest ning puudoleva osa tasuvad ülalpidamiskohustusega isikud.

☐ Tasun teenuse kulust omaosalusena …………………………… % pensionist (valik vahemikus 85%-100%) ja

100% sotsiaaltoetusest ning puuduoleva osa katmisel vajan kohaliku omavalitsuse abi, kuna mul puuduvad ülalpidamiskohustusega lähedased ning ma ei oma kinnisvara ega muid rahalisi vahendeid.

☐ Tasun teenuse eest täies ulatuses ise

**Taotlusele lisatud dokumendid**

☐ koopia isikut tõendavast dokumendist

☐ arstlik dokument, mis kinnitab minu ööpäevaringset hooldusvajadust (epikriis või tõend perearstilt või sotsiaalkindlustusameti otsus puude määramise kohta)

☐ Olen nõus minu isikuandmete töötlemisega

Soovin, et otsus toimetatakse mulle

☐ postiaadressile …………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

☐ e-postile …………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kuupäev ……………………………………………………………………………… Allkiri

**Seadusjärgse ülalpidamis- või hoolduskohustusega isiku kinnitus**

☐ Kinnitan, et kohustun tasuma hooldusteenusele asuva …………………..……………………………………………………………………………………………….

(nimi)

hoolduskulude (sh hooldusvahendid ja ravimid) ja omaosaluse vahe maksumuse.

Nimi ja kontaktandmed ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Kuupäev ……………………………………………………………………………… Allkiri

Täidetud ja allkirjastatud taotlus palume saata või tuua Setomaa Hooldekodule aadressil Pargi tn 1, Mikitamäe Setomaa vald Võrumaa. Digiallkirjastatud taotlus saata e-postile hooldekodu@setomaa.ee

**Avalduse suhtes tehtud otsused ja lisainfo** (täidab ametnik)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………