*\*       - alusta trükkimist reale*

\* ☒ *- märgista vastus vajutades ruudule*

ABIVAHENDI ERANDI TAOTLUS

*Põhjendatud juhtudel on võimalik abivahendi soetamiseks taotleda erandit. Selleks täida allolev vorm ja lisa abivahendi tõend ning vajadusel hinnapakkumised. (Lähemalt loe siit:* [*https://bit.ly/3QMT7jA*](https://bit.ly/3QMT7jA)*)*

1. **TAOTLEJA ANDMED (ISIK, KELLE KOHTA TAOTLUS ESITATAKSE)**

*NB! Lisa siia oma praegused kehtivad kontaktandmed, millel Sotsiaalkindlustusamet saab Sinuga ka edaspidi kõigi teenuste ja küsimuste raames suhelda.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eesnimi | |  |
| Perekonnanimi | |  |
| Isikukood (puudumisel sünniaeg) | |  |
| E-posti aadress | |  |
| Kontakttelefon | |  |
| Postiaadress | | *(tänav)* *(linn/asula)**(maakond)* *(indeks)* |
|  | Viibin hoolekandeasutuses | *millises?* Kn. |
|  | Viibin kinnipidamisasutuses | *millises?* Kn. |
|  | Õpin välismaal koolis | *millises?* Kn. |

*NB! Kui Sul on seaduslik esindaja või esindaja volikirja alusel, siis palun täida esindaja andmed. Volikirja alusel esindamise korral lisa volitus taotlusele.* (*Volikirja näidist vaata:* [*https://bit.ly/3dvt2an*](https://bit.ly/3dvt2an))

1. **ESINDAJA ANDMED:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eesnimi |  | |
| Perekonnanimi |  | |
| Isikukood |  | |
| E-posti aadress |  | |
| Kontakttelefon |  | |
| Postiaadress | *(tänav)* *(linn/asula)**(maakond)* *(indeks)* | |
| Esindaja |  | eestkostja kohtumääruse alusel |
|  | alla 18-aastase lapse vanem |
|  | volitatud esindaja volikirja alusel (*NB! Lisa volitus*) |

1. **TAOTLETAV ABIVAHEND**

|  |
| --- |
| (*Abivahendi nimetus*) |

## SELGITUSED, PÕHJENDUSED (KOHUSTUSLIK TÄITA)

|  |
| --- |
| *Palun selgita oma vajadust vabas vormis.*  *(Miks vajad just sellist abivahendit? Millised on selle kasutamise eesmärgid?)* |

1. **OTSUSEST TEADASAAMISE VIIS**

**Sinu otsus saadetakse automaatselt Sotsiaalkindlustusameti iseteenindusse, kus saad sellega igal ajal tutvuda**. Kui Sinu e-posti aadress on meil olemas, saad otsuse saabumise kohta sellele aadressile ka teavituse. Vajadusel lisa oma toimiv e-posti aadress **Taotleja andmed** alla.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Tutvun otsusega Sotsiaalkindlustusameti iseteeninduses** |

(*Iseteenindusse saad siseneda ID-kaardi, Mobiil-ID ja Smart-ID abil*.)

**Kui oled veendunud, et ei saa iseteeninduses dokumendiga tutvuda, siis vali muu endale sobilik otsusest teadasaamise viis:**

(*Vali üks variant*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Lihtkirjaga taotleja aadressile**  *NB! Lihtkirjaga teatavakstegemisel loetakse see kättetoimetatuks, kui on möödunud 5 kalendripäeva selle Eesti piires saatmisest või 30 kalendripäeva välismaale saatmisest ka juhul, kui kirja tegelikult kätte ei ole saadud.*  **Kui soovid otsust kontaktandmetest erinevale postiaadressile, märgi see palun siia**:  *(tänav, maja, korteri nr)* *(linn/asula)**(maakond)* *(indeks)* |
|  | **Lihtkirjaga taotleja esindaja aadressile**  *NB! Lihtkirjaga teatavakstegemisel loetakse see kättetoimetatuks, kui on möödunud 5 kalendripäeva selle Eesti piires saatmisest või 30 kalendripäeva välismaale saatmisest ka juhul, kui kirja tegelikult kätte ei ole saadud.* |
|  | **E-postiga taotleja aadressile**  *NB! Dokument edastatakse krüpteerimata kujul, Sotsiaalkindlustusamet ei saa tagada edastatavate andmete turvalisust ja konfidentsiaalsust.*  **Juhul, kui soovid otsust kontaktandmetest erinevale e-posti aadressile, siis märgi see palun siia:**  e-posti aadress: |
|  | **E-postiga taotleja esindaja aadressile**  *NB! Dokument edastatakse krüpteerimata kujul, Sotsiaalkindlustusamet ei saa tagada Teile edastatavate andmete turvalisust ja konfidentsiaalsust.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. OLEN TEADLIK ja KINNITAN, et:**  **• Sotsiaalkindlustusamet teeb otsuse 30 kalendripäeva jooksul alates kõikide vajalike dokumentide kättesaamise päevast. Kõikide küsitud vajalike dokumentide mitteesitamise korral on Sotsiaalkindlustusametil õigus taotlust menetlusse mitte võtta;**  **• vajaduse korral võtab Sotsiaalkindlustusamet lisainfo küsimiseks ühendust taotleja ja/või tema esindajaga, tutvub taotleja tegevuskeskkonnaga ning võib otsuse langetamiseks kaasata eksperte;**  **• Sotsiaalkindlustusamet kasutab taotluse menetlemisel taotleja isikuandmeid, puude ja töövõime andmeid ning võib edastada nimetatud andmed ekspertidele nendelt hinnangu saamiseks.** | |
| **7. KINNITAN, et:** | |
| *Sotsiaalkindlustusamet kasutab taotluse menetlemisel ka taotleja terviseandmeid, sh E-Tervise Infosüsteemist saadavaid andmeid, ning vajaduse korral edastab nimetatud andmed ekspertidele nendelt hinnangu saamiseks.*  *Nõusoleku võib igal ajal tagasi võtta teatades sellest* [*info@sotsiaalkindlustusamet.ee*](file:///C:\Users\kalev.lattik\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\XPKRKA59\info@sotsiaalkindlustusamet.ee) *või tel. 612 1360* | |
|  | **Olen nõus, et Sotsiaalkindlustusamet kasutab minu taotluse menetlemisel eelnimetatud andmeid E-Tervise Infosüsteemist.** |
|  | **Ei ole nõus E-Tervise Infosüsteemi andmete kasutamisega Sotsiaalkindlustusameti poolt ja esitan vajalikud andmed ise.** |

1. **TAOTLUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Taotluse kuupäev: | **Taotluse esitaja nimi:** |  |
| .       . 20      a | **Taotluse esitaja allkiri:** |  |
| *Elektrooniliselt saadetav taotlus peab olema digitaalselt allkirjastatud taotleja või esindaja poolt* | | |