**Saue Vallavalitsusele**

**TAOTLUS**

**TERVISEABI TOETUS**

**Retseptiravimite, abivahendite, meditsiiniseadmete, koduandurite, hambaravi, rehabilitatsiooniteenuse, õendusabi või taastusravi omaosaluse hüvitamiseks**

**Taotleja**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees-ja perekonnanimi |   |
| Isikukood |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Elukoha aadress |   |
| Telefon |   | E-post |   |

**Isik, kellele terviseaebitoetust taotletakse (juhul, kui see erineb taotlejast):**

|  |  |
| --- | --- |
| Ees-ja perekonnanimi |   |
| Isikukood |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Rahvastikuregistri järgneelukoha aadress |   |
| Telefon |   | E-post |   |

□ puudega kuni 16-aastane laps □ töövõimetoetuse saaja □ vanaduspensionär

□ keskmine puue □ raske puue □ sügav puue

**Taotlen terviseabi toetust** …………………………………………………………….………….

/nimetada tervist toetava seadme või toote/teenuse nimetus/

 ……………………………………………….………………… **omaosaluse kompenseerimiseks**

Kinnitan, et minu leibkonnas on ………. liiget. Leibkonnas on lisaks minule järgmised isikud:

1. …………………….……………..…………. nimi ………………….……………… isikukood
2. ………………………………………………. nimi ………………………………… isikukood
3. ………………………………………………. nimi ………………………………… isikukood
4. ………………………………………………. nimi ………………………………… isikukood

Taotlusele on lisatud järgmised kulu dokumendid:

1. ………………………………….………………...……….. (nimetus) ……………… (summa)
2. …………………………………………………………….. (nimetus) ……………… (summa)
3. …………………………………………………………….. (nimetus) ….…………… (summa)

“....... ” ................... 20...... Taotleja allkiri: .......................................................

Kinnitan, et leibkonna sissetulekud ühes kuus on ………………….. eurot.

**Palun maksta toetus:**

□ Sularahas .............................................................. Halduskeskusest

□ Arvelduskontole ………............................................ ......................................................................

 /konto valdaja nimi/ /arvelduskonto nr/

**Vastus toetuse avaldusele saata:** □ e-postile □ kirja teel aadressile □ telefoni teel

□ soovin toiduabi □ ei soovi toiduabi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pereliikmenimi  Summa  |  |  |  |  |
| Elatisraha (alimendid) |  |  |  |  |
| Eestkostetava või perekonnas hooldamisel oleva lapse toetus |  |  |  |  |
| Hooldajatoetus |  |  |  |  |
| Kohtutäiturite poolt maha arvatud või makstud summad | *Makstud:**Saadud:* |  |  |  |
| Dividendid |  |  |  |  |
| Muud sissetulekud (igasugune rendiritulu, summad ettevõtluskontolt,  |  |  |  |  |

**Kinnitan esitatud andmete õigsust.** Olen teadlik, et hüvitise andja nõuab isikult talle rahalise hüvitisena alusetult makstud rahasumma osaliselt või täielikult tagasi, kui isikul puudus õigus hüvitisele.

“....... ” ................... 20...... Taotleja allkiri: .......................................................