

Eesti Lihasehaigete Seltsilt toetuse taotlemise vorm

| | |
|--|--|
| Ees- ja Perekonnanimi | |
| Sünniaeg (pp.kk.aaaa) | |
| Aadress | |
| Kontaktandmed (tel, e-post) | |
| Kontaktisik (täita juhul kui taotlejast erinev) | |
| Diagnoosi ilmnmise või kinnitumise aeg (kuu, aasta) | |

| | | |
|--------------------------------|-----------------|--|
| Taotletav abi | Sotsiaalsektori | <input type="checkbox"/> hooldaja/ abistaja palkamine <input type="checkbox"/> abivahendi omaosalus <input type="checkbox"/> abivahendi ost (abivahend, millele puudub riigipoolne toetus, nt aspiraator) <input type="checkbox"/> kulutarvikud (nt aspiraatori voolikud, hügieenitarbed) <input type="checkbox"/> kodu kohandamine <input type="checkbox"/> kulutused transpordile <input type="checkbox"/> muu |
| | Meditsiin | <input type="checkbox"/> sonditoit <input type="checkbox"/> ravimid <input type="checkbox"/> taastusravi / teraapia <input type="checkbox"/> muu |
| Selgitus | | |
| Toote/teenuse kogumaksumus (€) | | Olemasolev summa (omaosalus või kaasrahastus) |
| Taotluse esitamise kuupäev | | |

Raviarsti / sotsiaaltöötaja kinnitus abi vajalikkuse kohta:
(Nimi ja allkiri)

Kinnitaja kontaktandmed (täita ka juhul kui raviarsti/sotsiaaltöötaja-poolne kinnitus puudub)

.....

Kinnituse puudumisel abivajaja (või tema esindaja) allkiri

Täidab ELS esindaja (nimi, allkiri)

Taotluse läbivaatamise kuupäev: Komisjoni otsus:

Kommentaari: