**Eesti Lihasehaigete Seltsilt toetuse taotlemise vorm**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ees- ja Perekonnanimi** | Click here to enter text. |
| Sünniaeg (pp.kk.aaaa) | Click here to enter text. |
| Aadress | Click here to enter text. |
| **Arveldusarve number** | Click here to enter text. |
| Kontaktandmed (tel, e-post) | Click here to enter text. |
| Kontaktisik(täita juhul kui taotlejast erinev) | Click here to enter text. |
| **Diagnoos, diagnoosi****kinnitumise aeg (kuu, aasta)** | Click here to enter text. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Taotletav abi | Sotsiaalvaldkond | [ ] hooldaja/ abistaja palkamine[ ] abivahendi omaosalus[ ] abivahendi ost (abivahend, millele puudub riigipoolne toetus, nt aspiraator)[ ] kulutarvikud (nt aspiraatori voolikud, hügieenitarbed)[ ] kodu kohandamine[ ] kulutused transpordile [ ] muu Click here to enter text. |
| Meditsiin | [ ] sonditoit[ ] ravimid[ ] taastusravi / teraapia [ ]  muu Click here to enter text. |
| Selgitus | Click here to enter text. |
| Toote/teenusekogumaksumus | Click here to enter text. | **Taotletav summa** | Click here to enter text. |
| Taotluse esitamise kuupäev | Click here to enter text. |

Raviarsti / sotsiaaltöötaja kinnitus abi vajalikkuse kohta: ……………………………………………………………………

(Nimi ja allkiri, võib olla digitaalselt allkirjastatud)

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

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

**Kinnituse puudumisel abivajaja allkiri (võib olla ka digitaalselt allkirjastatud)** …………………………………………………………………

Täidab ELS esindaja (nimi, allkiri) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Taotluse läbivaatamise kuupäev: ………………………………………… Komisjoni otsus: ………………………………. Kommentaar: ………………………………………………………………………………………………………………………………………