**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/teenuse  kogumaksumus | 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: ………………………………………………………………………………………………………………………………………