

Eesti Lihasehaigete Seltsilt toetuse taotlemise vorm

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

Taotletav abi	Sotsiaalvaldkond	<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		Taotletav summa	
Taotluse esitamise kuupäev			

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:

Kommentaari: