



Kaarepere Pansionaat

kuupäev: _____

nimi: _____

telefon: _____

e-post: _____

kontaktsiku telefon/mobiili number

SOOVIIVALDUS

Soovin taotleda Kaarepere Pansionaadi hooldusteenust.

Hooldust vajava isiku andmed

Isiku nimi: _____

Praeguse elukoha aadress: _____

Sissekirjutusjärgne aadress: _____

Isikukood: _____

Palun valige üks alljärgnevatest ja märkige soovitud kuupäevad soovitud hooldamisteenusele:

Alaline hooldus alates kuupäevast: _____

Ajutine hooldus ajavahemikus: _____

Olen teadlik, et pensionaadi teenus maksab ühes kalendrikuus **846,30€** (kaheksasada nelikümmend kuus eurot ja kolmkümmend senti).

Sooviavaldusele lisatud dokumendid:

Lisa nr.1 – vajadusel isiku elukohajärgse valla- või linnavalitsuse korraldus -

isiku paigutamiseks hoolekande asutusse ja/ või garantiikiri teenuse tasumise eest hoolekande asutusele.

Lisa nr.2 – hooldust vajava isiku isikut tõendava dokumendi koopia.

Lisa nr.3 – arstitõend isiku tervisliku seisundi kohta, kehtib väljastamisest 5 tööpäeva.

Sooviavalduse koostanud isiku nimi, allkiri (sobib ka digitaalne allkiri)

Sooviavalduse vastuvõtja nimi, allkiri, kuupäev