kuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nimi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-post:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kontaktisiku telefon/mobiili number ...................................

**SOOVIAVALDUS**

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 pansionaadi teenus maksab ühes kalendrikuus **1300€** (üks tuhat kolmsada eurot).

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