Saarde Vallavalitsus ……………………… 2024

AVALDUS

**Mina**,…………………………………………………….(ik…………………………………)

rahvastikuregistrijärgne elukoht:……………………………………………………………….,

viibimiskoht **SA Kilingi-Nõmme Tervise- ja Hoolduskeskuses** (Pärnu 65, Kilingi-Nõmme, Saarde vald; e-post: [**haigla@saarde.ee**](mailto:haigla@saarde.ee)) soovin **hooldekodu teenuse osalise tasu maksmise üle võtmist** Saarde Vallavalitsuse poolt alates …………………………………(kuupäev)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teenuskoha maksumus | **sh hooldus** |  | Teenuse kasutaja  sissetulek: | **Väiksema sissetuleku**  **hüvitis**: | **Käiberaha vajadus** | EI | JAH |
| **majutus, toitlustus jms** |  | *Mitu % sissetulekust jääb endale?* | | |
| KOKKU |  |  | | |

Kontaktisik, kellega vajadusel suhelda (tel): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Kinnitan, et annan nõusoleku oma isikuandmete töötlemiseks.  
Palun kirjalikku kinnitust avalduse rahuldamise kohta hooldekodu e-postile.

Lugupidamisega

…………………………………………………………………….

/allkiri/