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**) soovin **hooldekodu teenuse osalise tasu maksmise üle võtmist** Saarde Vallavalitsuse poolt alates …………………………………(kuupäev)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teenuskoha maksumus | **sh hooldus** |  | Teenuse kasutajasissetulek: | **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/