

AVALDUS ERIHOOLEKANDE TEENUSEOSUTAJA VAHETAMISEKS

1. AVALDAJA ANDMED (isik, kelle kohta avaldus esitatakse)

Eesnimi	
Perekonnanimi	
Isikukood (puudumisel sünniaeg)	
E-posti aadress	
Kontakttelefon	
Postiaadress	(tänav, maja, korter) (linn/asula) (maakond) (indeks)

2. AVALDAJA SEADUSLIKU ESINDAJA ANDMED:

Esindaja	<input type="checkbox"/>	eestkostja
	<input type="checkbox"/>	volitatud esindaja (NB! Lisa volitus)
Eesnimi		
Perekonnanimi		
Juriidilise isiku nimi (juhul, kui eestkostjaks on juriidiline isik)		
Juriidilise isiku postiaadress (juhul, kui eestkostjaks on juriidiline isik)	(tänav, maja, korter) (linn/asula) (maakond) (indeks)	
Isikukood		
E-posti aadress		
Kontakttelefon		
Postiaadress	(tänav, maja, korter) (linn/asula) (maakond) (indeks)	

3. TEENUSEOSUTAJA VAHETAMISE PÕHJUS

--

4. TEENUSEOSUTAJA, KELLE JUURDE SOOVITAKSE TEENUSELE MINNA

Eelistatud teenuseosutaja nimi ja asukoht:	
Soovin teenuseosutajat vahetada alates (kuupäev):	

5. OTSUSEST TEADASAAMISE VIIS

<input type="checkbox"/>	E-postiga (otsus ja dokumendid edastatakse digitaalse failina ja need ei ole kaitstud; avamiseks on vaja eraldi tarkvara (nt Acrobat Reader)
<input type="checkbox"/>	E-postiga krüpteeritult (turvaline e-kiri) (otsus ja dokumendid edastatakse turvaliselt ja e-kirjaga kaasas oleva faili avamiseks on vajalik ID-kaart, ID-kaardi lugeja ja DigiDoc tarkvara, samuti Acrobat Reader vms tarkvara)
<input type="checkbox"/>	Riigiportaalis www.eesti.ee
<input type="checkbox"/>	Sotsiaalkindlustusameti Iseteenindusportaal (teavitust iseteeninduskeskkonda lisatud otsuse kohta saadetakse Teile e-posti aadressile)
<input type="checkbox"/>	Posti teel lihtkirjaga (otsus ja dokumendid edastatakse paberkandjal Teile postkasti ning andmete turvalisust ega konfidentsiaalsust ei saa täielikult tagada)
<input type="checkbox"/>	Klienditeenindusbüroo (otsust ja dokumente on võimalik kätte saada Sotsiaalkindlustusameti klienditeenindusbüroos, palun märkige endale lähima büroo asukoht)
Soovin teavitust, kui otsusele võib järele tulla (võib märkida mõlemad):	
<input type="checkbox"/>	E-posti teel
<input type="checkbox"/>	Telefoni teel

6. AVALDUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:

. . 20 a	Avalduse esitaja nimi:	
	Avalduse esitaja allkiri:	
<input type="checkbox"/>	Avaldaja või avaldaja seaduslik esindaja on allkirjastanud avalduse digitaalselt	

Nimekiri erihoolekandeteenuste osutajate teenusekohtadest asub Sotsiaalkindlustusameti kodulehel:
<https://sotsiaalkindlustusamet.ee/teenuskohad>