****

**Vorm 3.1. Ankeet sisenemisel**

„Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine

kohalikus omavalitsuses 2023 – 2024“

ANKEET SISENEMISEL

# ISIKUANDMED

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eesnimi |  | |
| Perekonnanimi |  | |
| Isikukood |  | |
| Aadress (elukoht rahvastikuregistris) |  | |
| (*tänav/küla, maja ja korteri nr, linn/vald, maakond)* | |
| Aadress (tegelik viibimiskoht kui erineb rahvastikuregistrist) |  | Teenuskoht majutusüksuses |
| *(tänav/küla, maja ja korteri nr, linn/vald, maakond)* |  |
| Kontakttelefon |  | |
| E-posti aadress |  | |

# ISIKU SEADUSLIK ESINDAJA

|  |  |
| --- | --- |
| Nimi/asutus |  |
| Isikukood/registrikood |  |
| Aadress (tegelik elukoht) |  |
| (*tänav/küla, maja ja korteri nr, linn/vald, maakond)* |
| Kontakttelefon |  |
| E-posti aadress |  |

# ANDMED TÖÖHÕIVE JA ÕPPIMISE KOHTA

Käesoleva teenusemudeli raames osutatavaid teenuseid rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest, mistõttu kogutakse andmeid teenusel osalejate tööhõive ja õppimise staatuse kohta. Palume täita alljärgnevas tabelis ära teenuse saaja kohta sobivad variandid. Andmeid kasutatakse ainult statistilistel eesmärkidel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tööhõive staatus ankeedi esitamisel** (tee ühte enda kohta käivasse lahtrisse „x“) | |
|  | **Töötav**, **sh FIE** - hõivatuks loetakse vähemalt 15-aastaseid isikuid, kes käivad tööl või neid, kes ei tööta aktiivselt, aga kellel on töökoht või ettevõte, millest nad on ajutiselt eemal (nt haiguse, puhkuse, hariduse omandamise või koolituse tõttu). |
|  | **Töötu (**kuni 12 kuud, 15–24-aastaste puhul kuni 6 kuud**)** - töötuks loetakse isikut, kellel ei ole tööd, kuid kes oleks valmis töötama ning kes otsib aktiivselt tööd, sh töötuna registreeritud isikud. |
|  | **Pikaajaline töötu** – isik, kes on olnud töötu 12 kuud või kauem; 15-24-aastane on pikaajaline töötu juhul, kui ta on olnud töötu 6 kuud või kauem enne ankeedi täitmist. |
|  | **Mitteaktiivne** – isik, kes ei ole töötav, FIE ega töötu, sh täiskohaga õppurid, vanemapuhkusel olijad, ajateenijad, vanaduspensionärid (st isik, kes ei ole hetkel aktiivse tööjõu osa). |

|  |  |
| --- | --- |
| **Õppimine ja osalemine kursustel ankeedi esitamisel** (märgi vajadusel „x“) | |
|  | **Õppimine tasemeõppes** (üld-, kutse- ja kõrgharidus), huvihariduse omandamine ja tööpraktikal, koolitustel, kursustel, seminaridel, konverentsidel ning eratundides osalemine. |
|  | **Kooli lõpetamine** (märgi eeldatav lõpetamise aasta ja õppeasutus).  ................................................................................................................................. |

# **ABIVAJADUSE ESMAMÄRKAMINE** (märkida ühte sobivasse lahtrisse „x“)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kohalik omavalitsus** | **Tervishoid** (haigla, polikliinik, perearst jne.) | **Kool** | **Töötukassa** | **Teenuse**  **osutaja** | **Kogukond** | **Muu** (nimeta) |
|  |  |  |  |  |  |  |

# NÕUSOLEKUD (palun märgista linnukesega)

**Olen nõus, et kohalik omavalitsus** ..................................................... *(kohaliku omavalitsuse nimi)* **ja Sotsiaalkindlustusamet**töötlevad minu isikuandmeid (sh andmed terviseseisundi, diagnooside, puude määramise ja töövõime hindamise kohta, vaatavad tervise infosüsteemist minu psüühikahäire diagnoosi andmeid ning eelpool nimetatud  KOV küsib vajadusel lisainfot Sotsiaalkindlustusametist, töötukassalt ja minu pere- või raviarstilt), eesmärgiga hinnata erihoolekandeteenuste ja muude sotsiaalhoolekande hüvitiste ja abimeetmete vajadust.

**Olen nõus**, **et Eesti Töötukassa** edastab minu töövõime hindamise eksperdiarvamuse andmed (info töövõime ulatuse ja töövõime vähenemise kestuse; töövõime hindamise eksperdiarvamuses kirjeldatud tegutsemispiirangute, nende avaldumise, põhjuste ja mõju tegutsemisvõime kohta ning soovitused töötingimusteks) teenusemudeli rakendamises osalevale ......................................................... *(kohaliku omavalitsuse nimi)* kogu teenusemudeli rakendamise kehtivuse ajal kuni **31.12.2024** kohaliku omavalitsuse päringu alusel. Töötukassa edastatud andmeid kasutatakse teenuse raames minu abivajaduse ja sellele vastava abi väljaselgitamiseks.

**Olen nõus,** et minu isikuandmeid vahetatakse ..................................................... *(kohaliku omavalitsuse nimi)*, Sotsiaalkindlustusameti ning teiste sotsiaalhoolekande abimeetmeid ja hüvitisi pakkuvate asutuste ja organisatsioonide vahel minule vajalike täiendavate abimeetmete osutamiseks.

# KINNITUSED

* + Kinnitan käesolevas ankeedis esitatud andmete õigsust.
  + Olen teadlik, et Sotsiaalkindlustusamet edastab minu ankeedis esitatud isikuandmed statistiliste uuringute eesmärgil Statistikaametile ja Sotsiaalministeeriumile.
  + Olen teadlik, et saan nõusoleku igal ajal tagasi võtta teatades sellest kirjalikult e-posti ..............................................................................*(kohaliku omavalituse e-postiaadress)* aadressil*.*

**Isik või tema seaduslik esindaja:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Kuupäev** *(sisenemine)* | **Nimi** | **Allkiri või allkirjastatud digitaalselt** |

**Kohaliku omavalitsuse esindaja** (juhul, kui isik ei ole nõus/ võimeline ankeeti allkirjastama)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Kuupäev** *(sisenemine)* | **Nimi** | **Allkiri või allkirjastatud digitaalselt** |