

Vaimse tervise teenuse osutamise toetuse taotlusvorm

**1. Toetuse taotleja andmed**

1.1. Asutuse või ettevõtte nimetus:

1.2. Registrikood:

1.3. Postiaadress:

1.4. Arvelduskonto (IBAN), viitenumber ja pank (toetuse saaja ja arvelduskonto omanik peavad olema samad):

1.5. Esindaja nimi ja ametikoht:

1.6. Taotleja kontaktisiku andmed (nimi, e-posti aadress, telefoni nr):

1.7. Soovitav toetuse kogusumma:

**2. Teenuste kirjeldus ja maksumus** (vaimse tervise teenus(ed), mille osutamiseks toetust taotletakse)

Teenuse nimetus	Teenuse maksumus (eurodes)	Teenuse sekkumisloogika ja eesmärk	Teenusekorralduse lühikirjeldus. Kus teenust pakutakse (sh nt füüsiline asukoht, KOV, ligipääsetavus)? Kuidas on kavas sihtrühmani jõuda, sh teavitatakse sihtrühma teenuse olemasolust ja võimalusest teenust kasutada?

**3. Teenust vahetult osutavate inimeste andmed\***

Teenust vahetult osutava inimese nimi	Ettevõtte või asutus	Osutatav teenus	Omandatud tasemeharidus (haridustase ja eriala)	Läbitud asjakohased kutsealased (täiend)koolitused	Töökogemus vastava teenuse osutamisel (aastates)

\* taotlusele tuleb lisada inimese allkirjastatud CV

#### 4. Kinnitused

Käesolevaga kinnitan taotlejana, et:

- 1) taotleja vastab määruses sätestatud nõuetele;
- 2) taotluses esitatud andmed on täielikud ja õiged;
- 3) taotleja on tutvunud isikuandmete kaitse seadusega ja Andmekaitse Inspektsiooni infomaterjalidega sellises ulatuses, mis on vajalik isikuandmete õiguspäraseks kogumiseks, salvestamiseks ja töötlemiseks käesoleva toetusmeetme kasutamisel;
- 4) taotleja on teadlik, et toetuse andmisest võidakse taganeda ja sealjuures tuleb aluseta saadu tagasi maksta, kui esineb toetuse tühistamise või tagasinõudmise alus;
- 5) taotleja nõustub, et teda kontrollitakse seoses toetuse kasutamisega;
- 6) taotleja nõustub, et otsus toetuse andmise või sellest keeldumise kohta tehakse talle teatavaks e-posti teel.

Toetuse taotleja esindaja nimi, ametinimetus:

Allkiri (allkirjastatakse digitaalselt)

Kuupäev