Lisa 1

**Avaldus Antsla Vallavalitsusele**

**vaimse tervise teenuse koostööpartneriks kvalifitseerumiseks**

Teenuse osutaja andmed:

|  |  |
| --- | --- |
| Teenuse osutaja nimi: | Registrikood: |
| E-post: | Telefon: |

**Soovime saada vaimse tervise teenuse koostööpartneriks** *(märgi X soovitud liigi(de) juurde ja täida sulgudes toodud avalduse lisa(d))***:**

Psühhosotsiaalse abi osutamine (Lisa 1a, vt lk 2)

1. Mänguteraapia \_\_\_

2. Perenõustamine \_\_\_

**Kinnitame avalduse esitamisega järgmist:**

|  |
| --- |
| **\* Oleme tutvunud vaimse tervise teenuse koostöö põhimõtetega ja peame seda koostöö aluseks.** |
| **\* Vastame vaimse tervise teenuse koostöö põhimõtete kvalifitseerimistingimustele ning kinnitame, et:**   1. meie suhtes ei esine asjaolusid, mis võivad põhjustada meie püsiva maksejõuetuse või tegevuse lõpetamise; 2. meie või meie seaduslik(ud) esindaja(d) ei ole toime pannud tegusid, mis muudab meie usaldusväärsuse küsitavaks; 3. meie või meie seadusliku(e) esindaja(te) kohta ei ole kehtivaid karistusandmeid karistusregistris; 4. avalduses nimetatud aadressil asuv(ad) nõustamisruum(id) vastavad koostöö põhimõtetes kehtestatud tingimustele; 5. avalduses nimetatud spetsialist(id) vastavad koostöö põhimõtetes kehtestatud tingimustele; 6. muutes esitatud andmeid teavitame sellest eelnevalt OtepääVallavalitsust vastavalt koostöö põhimõtetes kehtestatud tingimustele; 7. kohustume järgima Otepää Vallavalitsuse vaimse tervise teenuse koostöö põhimõtteid; 8. esitatud andmed on õiged ja oleme nõus väljastama Otepää Vallavalitsusele viimase nõudmisel andmeid tõendavaid dokumente. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ees- ja perekonnanimi, allkiri) (kuupäev)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)1

(esindusõiguse alus)

**Lisa 1a. Psühhosotsiaalse abi osutamine**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Teenuse osutaja**  **kontaktisiku andmed** | ees- ja perekonnanimi |  |
| telefoninumber |  |
| e-posti aadress |  |
| **Veebilehe aadress**  *(märkida veebilehe aadress, millelt on näha,*  *et teenuse osutaja osutab psühhosotsiaalset*  *abi, nõustaja(te) nimekiri, hinnakiri, kontaktandmed)* |  | |
| **Teenustunni (45 min) hind käibemaksuga** |  | |
| **Nõustamise keeled**  *(märkida x sobiva keele taha)* | eesti \_\_ , vene \_\_ , inglise \_\_ , ukraina \_\_ | |
| **Nõustamise alaliigid**  *(loetleda pakutava psühhosotsiaalse abi*  *liigid koos lühikirjeldusega)* | …  …  … | |
| |  |  | | --- | --- | | **Nõustamise maht** *(loetleda pakutava*  *teenuse alaliikide lõikes minimaalne ja maksimaalne maht teenustundides 1 kuu*  *kohta, mida olete valmis pakkuma)* | …  …  … | | … - …  … - …  … - … | |
| **Nõustamise viis**  *(märkida x sobiva viisi taha)* | kontaktkohtumine \_\_\_ | |
| **Nõustamisruumi(de) aadress(id)** *(nõustamisruumi(de) täpne aadress(id)- maja nr, tänav, linn, maakond, postiindeks)* |  | |
| **Teenusele registreerumise**  **kontakt** *(telefon ja e-post)* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Teenust osutav(ad) spetsialist(id)**  *(märkida spetsialisti(de) ees-ja perekonnanimi,*  *kes koostööpartneriks kvalifitseerimise*  *korral asuvad teenust osutama)* | Omandatud haridus, lõpetamise aasta; kutsetunnistuse number; avaldusele lisada juurde haridust tõendavate dokumentide koopiad | Viimase viie aasta töökogemus: tööandja (nimi ja kontaktandmed), töösuhte kestus ja töö kirjeldus |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Lisa: CV**

1. 1 Esindusõiguse aluseks on kanne e-äriregistris või volikiri, mille ulatus võimaldab avaldusele alla kirjutada. Volikiri tuleb koos sooviavaldusega Otepää Vallavalitsusele esitada. [↑](#footnote-ref-1)