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)