

# KOOSTÖÖKOKKULEPE

## Lepingu osapooled

Teenusekasutaja ..... ja **Arensia Teenuskeskus OÜ**,  
registrikoodiga 17202937, keda esindab .....

## Ostatavad teenused

\_\_\_ Sotsiaalne rehabilitatsioon

\_\_\_ Töölane rehabilitatsioon

Teenuste osutamine vastab riiklikult seaduses kehtestatud nõuetele, teenuseosutaja omab vastavat tegevusluba. Teenuse osutamise koht, eesmärk, periood ja sagedus lepitakse kokku tegevusplaanis.

## Rehabilitatsiooniasutus kohustub:

- Pakkuma kliendi vajadustele vastavaid teenuseid vastavalt rehabilitatsiooniplaanile.
- Kaasama klienti (ja vajadusel tema esindajat) teenuste planeerimisse ja hindamisse.
- Selgitama teenuste sisu, kestust ja eesmärke.
- Tagama konfidentsiaalsuse ja isikuandmete kaitse.
- Dokumenteerima teenuste osutamise vastavalt nõuetele.

## Klient/kliendi seaduslik esindaja kohustub:

- Teavitama asutust asjakohastest tervise- ja muudest andmetest, mis võivad mõjutada teenuse osutamist;
- Osalema aktiivselt teenuse osutamisel ja järgima kokkulepitud graafikut;
- Teavitama asutust aegsasti, kui osalemine ei ole võimalik;
- Kohtlema teenusepakkujaid lugupidavalt ja hoidma asutuse vara.

## Koostöö korraldus

- Mõlemad pooled kohustuvad lahendama koostöö jooksul tekkinud probleemid koostöös ja heatahtlikult.

- Teenusele mitteilmumise korral läheb teenusetund kirja täismahus (1.0 h).
- Kui klient teavitab teenusele mitteilmumisest rohkem kui 24 tundi ette, arvestatakse kasutamata teenuse eest 0,5 tundi (kohtumise planeerimine ja eeltöö).

Olen nõus, et Arensia Teenuskeskus OÜ kasutab avalikes infokanalites fotosid ja videosid, millel olen jäädvustatud või millel on jäädvustatud minu laps.

**JAH** \_\_\_\_\_ **EI** \_\_\_\_\_

### **Lepingu muutmine ja lõpetamine**

- Pooltel on õigus leping ühepoolselt lõpetada, teavitades teist poolt ette vähemalt 5 tööpäeva.
- Rehabilitatsiooniasutusel on õigus kokkulepe lõpetada, kui klient ei täida kokkulepet korduvalt või oluliselt.

Kinnitame, et oleme koostöökokkuleppega tutvunud, sellest aru saanud ja oleme valmis tegema koostööd teenuse eesmärkide saavutamiseks.

Klient (või seaduslik esindaja):

Nimi: \_\_\_\_\_

Allkiri: \_\_\_\_\_

Kuupäev: \_\_\_\_\_

Rehabilitatsiooniasutuse esindaja:

Nimi: \_\_\_\_\_

Ametikoht: \_\_\_\_\_

Allkiri: \_\_\_\_\_

Kuupäev: \_\_\_\_\_