

## ХОДАТАЙСТВО ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ / УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДУГА

Отметьте подходящий вариант ответа знаком X.

### I ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

#### 1.1. ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО ЛИЦА

Имя:	Фамилия:
Личный код:	
Если у Вас нет эстонского личного кода, укажите дату рождения: ____ . ____ . _____	
и пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	
Адрес э-почты:	Телефон: Если по причине стойкого нарушения речи или слуха Вы не можете общаться по телефону, то уточните, как и через кого можно с Вами связаться:
Адрес:	

Проживающий в Эстонии гражданин Эстонии, или проживающий в Эстонии на основании вида на жительство или права на проживание иностранец, **место жительства которого находится в нескольких государствах**, имеет право на оценку трудоспособности и пособие по трудоспособности, если он является резидентом в понятии ч. 1 ст. 6 Закона о подоходном налоге или если он постоянно проживает в Эстонии в понятии Закона об иностранцах.

Если Ваше **место жительства находится в нескольких государствах**, то подтвердите:

<b>Моё место жительства находится в нескольких государствах</b>	<b>ДА</b> <input type="checkbox"/>	<b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	--

Я зарегистрирован в Налогово-таможенном департаменте в качестве резидента Эстонии в понятии Закона о подоходном налоге, т. е. мое место жительства находится в Эстонии или я пребываю в Эстонии не менее 183 дней в течение 12 календарных месяцев подряд.	<b>ДА</b> <input type="checkbox"/>	<b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/>
Я постоянно проживаю в Эстонии в понятии Закона об иностранцах, т. е. в течение 12 месяцев перед подачей ходатайства находился в Эстонии не менее 183 дней.  Просим предоставить данные о периоде проживания в Эстонии. ..... .....	<b>ДА</b> <input type="checkbox"/>	<b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/>

**Если Вы проживаете/работаете или проживали/работали за границей, то укажите иностранное государство, где Вы проживаете/работаете или проживали/работали.**

Государство	Период

### **ДАнные ПРЕдСТАВИТЕЛЯ ХодАТАЙСТВУЮЩЕГО ЛиЦА**

Если ходатайствующий является лицом с ограниченной дееспособностью, или его возраст 16 – 18 лет, или он поручил другому лицу действовать по доверенности вместо себя, то укажите данные родителя, опекуна или уполномоченного представителя.

Опекун/родитель       Уполномоченный представитель

Имя/название:	Фамилия:
Личный/регистрационный код:	
Адрес э-почты:	Телефон:
Адрес:	

Если представителем ходатайствующего является юридическое лицо, то заполните данные уполномоченного представителя юридического лица.

Имя:	Фамилия:
Личный код:	
Адрес э-почты:	Телефон:
Адрес:	

Если за ходатайствующего или его представителя этот опросник заполнил кто-то другой, то укажите данные лица, заполнившего опросник.

- Работник кассы по безработице
- Работник Департамента социального страхования
- Член семьи
- Близкий человек
- Социальный работник
- Кто-то другой, уточните:

.....

Имя:	Фамилия:
Адрес э-почты:	Телефон:

Обоснуйте, почему Вы заполняете опросник за ходатайствующего или его представителя.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ХОДАТАЙСТВУЮ ОБ ОЦЕНКЕ:**

<input type="checkbox"/>	Для оценки трудоспособности
<input type="checkbox"/>	Для установления степени тяжести недуга
<input type="checkbox"/>	Оценка трудоспособности на основании других законов:.....

**1.2. СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ**

<b>РЕШЕНИЕ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАТЬ</b>	
Ходатайствующему <input type="checkbox"/> Опекуну/родителю <input type="checkbox"/> Уполномоченному представителю <input type="checkbox"/>	
Отметьте знаком X <b>только один</b> вариант из перечня возможных способов получения решения.	
<input type="checkbox"/>	<b>По э-почте</b> (для того чтобы открыть приложенный к письму документ в формате DigiDoc, в Вашем компьютере должно быть установлено программное обеспечение DigiDoc, чтобы открыть документ в формате PDF – Acrobat Reader или другая подобная программа)
<input type="checkbox"/>	<b>Заказным письмом</b> (заказное письмо выдается по месту жительства или в почтовом отделении по месту жительства)
<input type="checkbox"/>	<b>В представительстве кассы по безработице</b> Желаю получить уведомление о том, что можно прийти за решением: <input type="checkbox"/> по э-почте <input type="checkbox"/> по телефону
<input type="checkbox"/>	<b>На портале самообслуживания кассы по безработице <a href="http://www.tootukassa.ee">www.tootukassa.ee</a></b>

**В какое представительство кассы по безработице Вы желаете обратиться в случае возникновения проблем и вопросов?**

.....

### **1.3. СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ РЕШЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДУГА**

**РЕШЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДУГА ЖЕЛАЮ ПОЛУЧИТЬ**

Отметьте знаком X **только один** вариант из перечня возможных способов получения решения:

<input type="checkbox"/>	<b>По э-почте<sup>1</sup></b> (для того чтобы открыть приложенный к письму документ в формате PDF, в Вашем компьютере должна быть установлена программа Acrobat Reader или другая подобная программа)
<input type="checkbox"/>	<b>По э-почте в зашифрованном виде</b> (приложенный к письму документ зашифрован, и для того чтобы его открыть необходимы ID-карта, устройство считывания ID-карты и программа DigiDoc, а также Acrobat Reader или другая подобная программа для того чтобы открыть документ в формате PDF)
<input type="checkbox"/>	<b>По адресу места жительства<sup>2</sup>, если в ходатайстве указана доставка простым письмом</b> (простое письмо доставляется в Ваш почтовый ящик)
<input type="checkbox"/>	<b>По адресу места жительства, если в ходатайстве указана доставка заказным письмом</b> (заказное письмо выдается по месту жительства или в почтовом отделении по месту жительства)
<input type="checkbox"/>	<b>В отделе обслуживания клиентов Департамента социального страхования</b> желаю получить уведомление, что можно прийти за решением: <input type="checkbox"/> по э-почте или <input type="checkbox"/> по телефону

<sup>1</sup> Незашифрованный документ передается Вам в открытом виде, это означает, что каждый, кто имеет доступ к Вашему адресу э-почты, может ознакомиться с содержанием документа. Департамент социального страхования не гарантирует безопасность и конфиденциальность передаваемых Вам данных.

<sup>2</sup> При отправке документа простым письмом, Департамент социального страхования не гарантирует, что данные дойдут до адресата.

**1.4. ВРАЧИ И ДРУГИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ**

Если Вы ходатайствуете об оценке трудоспособности, то в течение последних шести месяцев до подачи ходатайства Вы должны были посетить семейного врача, лечащего Вас врача-специалиста или врача по гигиене труда.

Посещали ли Вы в течение последних шести месяцев семейного врача, лечащего Вас врача-специалиста или врача по гигиене труда? ДА  НЕТ

Если Вы не посещали в течение последних шести месяцев врача в Эстонии, но посещали врача в другой стране, то укажите государство, где можно получить данные о Вашем здоровье:

.....

**1.4.1. Укажите семейного врача, лечащего(-их) Вас врача(-ей)-специалиста(-ов) и/или врача по гигиене труда, у которых имеются данные относительно существенных расстройств здоровья для оценки Вашей трудоспособности/ степени тяжести недуга.**

Поставщик медицинских услуг / работник Департамента социального страхования, имеющий квалификацию врача, не обязаны во время проведения экспертизы связываться с указанными Вами врачами, но при необходимости они могут уточнить у них данные о Вашем состоянии здоровья.

Укажите в таблице имя врача и другие известные Вам данные.

**Обязательно указать имя хотя бы одного врача.**

<b>СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ВРАЧ ПО ГИГИЕНЕ ТРУДА</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	

**1.4.2. При желании укажите контактные данные тех специалистов, которые могли бы предоставить дополнительные сведения о Вас для оценки трудоспособности / степени тяжести недуга.**

Поставщик медицинских услуг / работник Департамента социального страхования, имеющий квалификацию врача, не обязаны во время проведения экспертизы связываться с указанными Вами врачами, но при необходимости они могут спросить у них дополнительные данные для оценки Вашей трудоспособности / степени тяжести недуга.

Укажите в таблице имя специалиста и другие известные Вам данные.

<b>СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ПСИХОЛОГ</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ПОСТАВЩИК СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ</b> (в т.ч. опорное лицо, поставщик специализированных попечительских услуг или услуг по реабилитации)	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ДРУГОЙ СПЕЦИАЛИСТ</b> (уточните)	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	

**1.5. ОБРАЗОВАНИЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО ЛИЦА**

Укажите максимальный уровень полученного Вами образования:

<input type="checkbox"/>	Нет начального образования
<input type="checkbox"/>	Начальное образование



<input type="checkbox"/>	Основное образование
<input type="checkbox"/>	Профессиональное образование без основного образования
<input type="checkbox"/>	Основное образование с профессиональным образованием
<input type="checkbox"/>	Среднее профессиональное образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Общее среднее образование
<input type="checkbox"/>	Профессиональное образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Среднее специальное образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное высшее образование (высшее профессиональное образование)
<input type="checkbox"/>	Бакалавр
<input type="checkbox"/>	Магистр
<input type="checkbox"/>	Доктор

**Укажите полученную специальность(и):**

.....

**Учитесь ли Вы в настоящее время?**

ДА  НЕТ

**Если учитесь, то какой уровень образования получаете?**

<input type="checkbox"/>	Начальное образование
<input type="checkbox"/>	Основное образование
<input type="checkbox"/>	Профессиональное образование без основного образования
<input type="checkbox"/>	Основное образование с профессиональным образованием
<input type="checkbox"/>	Среднее профессиональное образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Общее среднее образование
<input type="checkbox"/>	Профессиональное образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Среднее специальное образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное высшее образование (высшее профессиональное образование)
<input type="checkbox"/>	Бакалавр
<input type="checkbox"/>	Магистр
<input type="checkbox"/>	Доктор

**Укажите получаемую специальность:**



трудоспособности в полном объеме. При желании Вы можете сразу заполнить ходатайство в полном объеме даже при наличии исключающего трудоспособность состояния.

**2.1. Имеется ли / диагностировано ли у Вас какое-либо из нижеперечисленных состояний?**

ДА  НЕТ

- раковая опухоль IV стадии;
- диализное лечение (заместительная почечная терапия);
- управляемое дыхание (искусственная вентиляция легких, или респираторная терапия в стационаре);
- сформировавшаяся деменция;
- тяжелая или глубокая умственная отсталость;
- постоянный лежачий больной

- **Согласен(-на)**, что содержащиеся в инфосистеме здоровья мои личные данные / личные данные моего подопечного будут обрабатывать имеющие квалификацию врача работники кассы по безработице, и что к оценке моей трудоспособности будут привлечены поставщики медицинских услуг. **Согласен(-на)**, что при рассмотрении ходатайства об оценке трудоспособности работник кассы по безработице сделает запрос в инфосистему здоровья, для того чтобы проверить выполнение требования о посещении врача в течение последних шести месяцев до подачи ходатайства, а также заполнение врачом данных в инфосистеме здоровья, в т.ч. имя и фамилию врача, который предоставил данные. **Согласен(-на)**, что в случае, если вместе с оценкой трудоспособности я также ходатайствую об установлении степени тяжести недуга, то содержащиеся в инфосистеме здоровья мои личные данные / личные данные моего подопечного будут обрабатывать имеющие квалификацию врача работники Департамента социального страхования. **Согласен(-на)**, что в случае, если вместе с оценкой трудоспособности я также ходатайствую об установлении степени тяжести недуга, то работник Департамента социального страхования сделает запрос в инфосистему здоровья относительно имени и фамилии врача, который предоставил данные.
- **Осведомлен(-на)**, что данное согласие распространяется также на содержащиеся в инфосистеме здоровья личные данные, доступ к которым я запретил(-ла) поставщикам медицинских услуг.
- **Осведомлен(-на)**, что если данных для оценки трудоспособности будет достаточно, то касса по безработице примет решение об оценке трудоспособности в течение 30 рабочих дней. Если в ходе оценивания выяснится, что в инфосистеме здоровья данные отсутствуют или их недостаточно для оценки трудоспособности, то срок рассмотрения ходатайства может быть продлён.
- **Осведомлен(-на)**, что одновременно с ходатайством об оценке трудоспособности можно подать ходатайство о пособии по трудоспособности. Пособие по трудоспособности будет

выплачиваться человеку при назначении ему частичной трудоспособности или отсутствии трудоспособности, начиная со дня подачи ходатайства.

**2.2.** Если в пункте 2.1, при ответе о состоянии, исключающем трудоспособность, Вы отметили ДА и не желаете дальше заполнять опросник, то подпишите ходатайство.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(имя и подпись ходатайствующего)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(имя и подпись представителя ходатайствующего)

### III ОПЫТ РАБОТЫ

#### 3.1. ОПЫТ РАБОТЫ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО ЛИЦА

Укажите должности, на которых Вы работали в течение последних 5 лет, и период работы на каждом рабочем месте.

Должность или рабочие обязанности	Период работы

Если какие-либо Ваши трудовые отношения были прекращены из-за проблем со здоровьем, то уточните эти причины.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 3.2. РАБОТАЮЩЕЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕЕ ЛИЦО

**1. Испытываете ли Вы на своей нынешней работе трудности с выполнением каких-либо рабочих обязанностей из-за состояния здоровья?**

НЕТ, на нынешней работе могу выполнять все свои рабочие обязанности

ДА, испытываю трудности при выполнении некоторых обязанностей

Если Вы ответили ДА, то опишите рабочие обязанности, при выполнении которых Вы испытываете трудности в связи с состоянием здоровья.









.....

.....

.....

**Персональные вспомогательные средства для передвижения**

Например, адаптированные автомобили, транспортные средства, инвалидные кресла, вспомогательные средства для ходьбы, средства для перемещения и переноски, подъемники для перемещения, вспомогательные средства для ориентирования.

.....

.....

.....

**Вспомогательные средства для выполнения работ по хозяйству**

Например, вспомогательные средства для приготовления еды и напитков, для приёма пищи и питья, для уборки.

.....

.....

.....

**Мебель и приспособления в доме и других помещениях**

Например, столы, стулья и скамейки с регулируемой высотой, глубиной, шириной и углом наклона; вращаемые и направляемые светильники, кровати с регулируемой высотой и углом наклона, поручни, устройства для открывания ворот и дверей, автоподъемники для перемещения человека.

.....

.....

.....

**Средства для общения, передачи информации и сигнализации**

Например, вспомогательные средства для зрения, слуха, чтения, письма и рисования, вычислений, звонков, средства для подачи сигнала тревоги, усилители звука, компьютерные мыши, клавиатуры и экраны, средства для невербального общения, принтеры.

.....

.....

.....

Если Вам назначено/выписано вспомогательное средство, но Вы им не пользуетесь, то обоснуйте, почему:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Посторонняя помощь**

**Пользуетесь ли Вы в повседневной жизни или деятельности помощью другого лица?**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то назовите виды деятельности, при выполнении которых Вы нуждаетесь в помощи другого лица:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Реабилитация**

Услуга реабилитации – это услуга, оказание которой поддерживает самостоятельность человека, содействует его социальной вовлеченности и трудовой деятельности или трудоустройству.

**Ваш реабилитационный план выполнен не до конца?**

ДА     НЕТ

**Дополнительная информация**

**Если местное самоуправление или другое учреждение оказывают Вам иные социальные услуги, то назовите их:**

.....  
.....  
.....

**Если Вы считаете нужным добавить другую уместную информацию, то укажите ее здесь:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**V ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ**

Далее оцените, насколько свободно Вы можете выполнять различные виды деятельности с учетом своего физического и психического состояния. При ответах учитывайте также своё желание и силы выполнять эту деятельность.

Всё то, что Вы сами о себе напишете, будет иметь большое значение при оценке Вашей трудоспособности.

Отвечая на вопросы, учитывайте, что выполнение каких-либо действий без усилий означает, что Вы можете выполнять данную деятельность безопасно и многократно без чрезмерного напряжения.

Находящийся при каждом вопросе вариант ответа «Мои способности ... могут меняться» выбирайте в том случае, если Вы иногда можете, а иногда не можете выполнять данную деятельность. Выбирайте этот вариант и в том случае, если среди имеющихся вариантов ответов Вы не находите подходящий для Вас ответ.

**Достаточно ли у Вас желания для того чтобы заниматься умственной и физической деятельностью?**

Подумайте о том, чем Вы занимаетесь в своей повседневной жизни. Можете ли Вы выполнять эти виды деятельности с обычным напряжением: например, приносить из магазина еду, разговаривать с другом по телефону или встречаться с ним, читать новости, ходить на работу и т. д.

ДА  НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то укажите, как часто и при выполнении каких видов деятельности у Вас появляется проблемы с нежеланием выполнять их.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Имеете ли Вы достаточно сил для того чтобы заниматься умственными и физическими видами деятельности?**

Подумайте о том, чем Вы занимаетесь в своей повседневной жизни. Можете ли Вы выполнять эти виды деятельности с обычным напряжением: например, приносить из магазина еду, разговаривать с другом по телефону или встречаться с ним, читать новости, ходить на работу и т. д.

ДА  НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то укажите, как часто и при выполнении каких видов деятельности у Вас появляются проблемы с нехваткой сил.

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 1. Передвижение

В этой части спрашивается о том, насколько свободно в своей повседневной жизни Вы можете передвигаться, ходить по лестницам, стоять на месте и сидеть. Если Вы применяете для самостоятельного передвижения или для нахождения в положении стоя вспомогательные средства (напр., инвалидное кресло, костыли, трость, собаку-поводыря или др.), то при описании передвижения учитывайте это и наличие возможных трудностей (в т. ч. связанных с временем года).

### 1.1. Передвижение на разных поверхностях

Под передвижением на разных поверхностях подразумевается преодоление какого-либо расстояния на одной поверхности и передвижение по ступеням. Передвижение должно осуществляться без трудностей и препятствий, в т. ч. без боли, усталости, нехватки воздуха или нарушения равновесия.

**Могу самостоятельно без трудностей передвигаться и ходить по лестнице.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.2. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Какое расстояние Вы можете преодолевать безопасно и многократно, не делая остановок из-за усталости, нехватки воздуха, нарушения равновесия?**

- Более 200 метров  
 200 метров  
 100 метров (примерно длина футбольного поля)  
 50 метров (примерно длина 5 автобусов)  
 Вообще не могу самостоятельно передвигаться  
 Моя способность передвигаться может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы передвигаетесь, какое расстояние можете пройти и что может препятствовать Вашему свободному передвижению. Если Вы









**Могу самостоятельно стоять на месте и пересаживаться с одного стула на другой беспрепятственно и без ощущения боли.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.4. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы пересестись с одного стула на стоящий рядом стул без посторонней помощи?**

Да

С небольшими трудностями

С умеренными трудностями

С большими трудностями, почти невозможно

Нет

Моя способность пересаживаться с одного стула на стоящий рядом стул может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие действия вызывают у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы без посторонней помощи находиться на одном месте стоя, сидя или попеременно без ощущения боли или утомления?**

(положение тела можно менять)

Да



.....  
.....  
Напишите о болях и усталости, а также о том, меняется ли ситуация в течение дня.  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **2. Функции рук**

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы можете выпрямлять руки, захватывать и перемещать большие предметы, выполнять пальцами точные движения. Если Вы используете для целенаправленной деятельности руками вспомогательные средства (напр., протез, захват и др.), то учитывайте их при описании функции рук. Руки должны функционировать без боли и чрезмерного напряжения.

### **2.1. Выпрямление рук**

Под выпрямлением рук подразумевается вытягивание обеих рук от себя на разную высоту, сгибание рук в плечевом и локтевом суставах, включая дотягивание до какого-либо предмета или бросание предмета.

**Могу без проблем вытянуть вверх обе руки.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.2. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы поднять хотя бы одну руку так, чтобы взять с полки какой-либо предмет?**

- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность поднимать и сгибать руки может меняться

Уточните выбранный ответ. Если Вы не можете поднимать руку, то напишите, по какой причине и касается ли это обеих рук.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **2.2. Поднимание и перемещение предметов**

Под подниманием и перемещением предметов подразумевается захват предмета руками и его поднимание или перемещение в желаемое место вблизи себя.

**Могу без трудностей поднимать и перемещать предметы обеими руками.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.3. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы поднять и переместить литровый сосуд с жидкостью?**

- Да
- С небольшими трудностями



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2.3. Ловкость рук

Под ловкостью рук подразумеваются действия, выполняемые кистью руки и пальцами.

**Могу без трудностей пользоваться рукой и пальцами, например, для захвата предметов или нажатия кнопок.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.4. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы пользоваться хотя бы одной рукой и пальцами одной руки: для нажатия кнопок (напр., на клавиатуре телефона), перелистывания страниц, поднятия монеты 1 евро, пользования карандашом или ручкой, пользования подходящей клавиатурой или мышью?**

С небольшими трудностями при выполнении какого-либо из перечисленных действий

С умеренными трудностями

С большими трудностями, почти невозможно

Нет

Моя способность пользоваться рукой и пальцами может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие из перечисленных действий вызывают у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2.4. Другие проблемы, связанные с функциями рук**

Если у Вас имеются трудности при выполнении действий руками, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь. Напишите о болях и усталости, а также о том, меняется ли ситуация в течение дня или по дням.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Общение: зрение, слух и речь**

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы можете общаться и действовать, учитывая свои способности видеть, слышать, говорить и передавать сообщения. Если Вы используете вспомогательные средства для зрения, слуха и речи, то назовите какие: ....., и учитывайте их при описании общения.











Не реже одного раза в неделю

Уточните выбранный ответ. Опишите, как часто и по какой причине бывают расстройства сознания и как они проявляются.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### **4.2. Контроль над функциями кишечника и мочевого пузыря**

Под контролем над функциями кишечника и мочевого пузыря подразумевается поддающееся воле удержание и выведение содержимого кишечника и мочевого пузыря.

**Могу без проблем контролировать функции кишечника и мочевого пузыря, в т. ч. с использованием приемника или мочевого катетера.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.3. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Должны ли Вы стирать или менять свою одежду, так как она пачкается из-за проблем с контролем над функциями мочевого пузыря, кишечника или приемника?**

(под приемником подразумеваются илеостомный мешок и мочевой катетер)

Да, в единичных случаях

Да, каждый раз, когда я не успеваю дойти до туалета

Да, не реже одного раза в месяц

Мой контроль над функциями мочевого пузыря или кишечника может меняться





#### 4.4. Другие проблемы, связанные с нахождением в сознании и уходом за собой

Если у Вас имеются трудности с нахождением в сознании, с приёмом пищи и питьём, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 5. Учеба и выполнение действий

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы можете приобретать новые навыки и в дальнейшем их многократно применять, можете ли Вы планировать и реализовывать свои действия с учетом своего психического состояния. Обычно к этому не относятся трудности, обусловленные физическим состоянием.

##### 5.1. Обучение действиям

Под обучением действиям подразумевается обучение необходимым в повседневной жизни простым и сложным действиям. Простым действием можно считать действие, состоящее из одного-двух этапов, например, включение телевизора нажатием кнопки, взятие щетки и подметание пола, накрывание на стол, уборка. Сложные действия – это действия, предполагающие выполнение нескольких этапов подряд, например, приготовление пищи с использованием различных кухонных принадлежностей, обучение настольным играм, покупка продуктов в магазине.

**Могу без трудностей научиться выполнять повседневные действия и применять их.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 5.2. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы научиться простому действию, например, звонить по телефону или пользоваться банкоматом?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность обучаться простым действиям может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, обучение каким действиям вызывает у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы научиться сложному действию, например, пользоваться стиральной машиной или приготовить себе еду?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность обучаться сложным действиям может меняться







.....  
.....  
.....

## **6. Адаптация к изменениям и восприятие опасности**

В этой части спрашивается, насколько свободно, учитывая Ваше эмоциональное и психическое состояние, Вы можете передвигаться за пределами дома. Спрашивается также, способны ли Вы оценить опасность в ситуациях, возникающих в повседневной жизни, и насколько легко Вы приспосабливаетесь к изменениям, которые могут нарушить повседневную рутину. Здесь не описываются трудности, обусловленные физическим состоянием.

### **6.1. Передвижение за пределами дома**

Под передвижением за пределами дома подразумевается передвижение за пределами дома без эмоционального и психического напряжения и умение справляться с возможными стрессовыми ситуациями (напр., если Вы заблудились).

**Могу самостоятельно передвигаться за пределами дома без психического или эмоционального напряжения.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.2. Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы выйти из дома и пойти в знакомые Вам места?**

- Да  
 С небольшими трудностями  
 С умеренными трудностями  
 С большими трудностями, почти невозможно  
 Нет  
 Моя способность выходить из дома и ходить в знакомые мне места может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, почему Вы не всегда можете пойти куда-нибудь. Нужно ли Вам, чтобы кто-то пошел вместе с Вами? Объясните свои проблемы и приведите примеры.

.....  
.....  
.....













.....  
.....  
.....

## 7.2. Уместное поведение

Под уместным поведением подразумевается поведение, соответствующее ситуации, например, как Вы выражаете свои чувства, и раздражает ли Ваше поведение (умышленное или непреднамеренное) других людей.

**Мое поведение, связанное с психическим и эмоциональным состоянием, раздражает других людей.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то перейдите к вопросу 7.3. Если Вы ответили ДА, то отвечайте на следующие вопросы.

**Как часто Вы ведете себя так, что Ваше поведение раздражает других людей?** Это может происходить, например, потому что Вы не чувствуете обычной дистанции при общении, ведете себя агрессивно или необычно.

- Редко
- Иногда
- Часто
- Каждый день

Уточните выбранный ответ. Опишите, почему Ваше поведение раздражает других и как часто это бывает. Объясните свои проблемы и приведите примеры. Если ситуация может меняться, то опишите это.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Если Вы ответили ДА, то уточните свой выбранный ответ. Опишите проблемы, связанные с употреблением этих веществ, и частоту появления проблем, а также как это препятствует Вашей способности действовать.

.....

.....

.....

.....

**Имеются ли у Вас другие проблемы в связи с побочными явлениями, обусловленными употреблением лекарств (напр., рвота, тошнота, головокружение и др.)?**

Нет

Да

Если Вы ответили ДА, то уточните свой выбранный ответ. Опишите проблемы, связанные с употреблением этих веществ, и частоту появления проблем, а также как это препятствует Вашей способности действовать.

.....

.....

.....

## **9. Другие проблемы со здоровьем**

В этой части спрашивается о трудностях, которые Вы не смогли описать при ответах на предыдущие вопросы. Имеются в виду трудности в выполнении действий, обусловленные состоянием Вашего здоровья.

**Имеются ли у Вас трудности при выполнении действий, не затронутые в предыдущих вопросах?**

Нет

Да

Если Вы ответили ДА, то опишите эти трудности и как часто они бывают.

.....

.....

.....

..... .....
----------------

**10. Дополнительная информация**

**Информация о дополнительных расходах при посещении врача, обусловленных особыми потребностями.**

Если на основании имеющихся и представленных данных невозможно оценить Вашу трудоспособность, то касса по безработице имеет право направить Вас на прием к поставщику медицинской услуги, осуществляющему экспертизу, для того чтобы получить заключение относительно Вашей трудоспособности. Касса по безработице возместит Вам дополнительные расходы при посещении врача, связанные с особыми потребностями.

**У меня возникают дополнительные расходы при посещении врача, связанные с особыми потребностями.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то просим уточнить

<input type="checkbox"/> услуга сурдопереводчика (необходима при общении с врачом)
<input type="checkbox"/> специальный транспорт (необходим специальный транспорт для поездки к врачу)
<input type="checkbox"/> услуга опорного лица /личного помощника (необходима при посещении врача из-за физического недуга или для организационных действий)
<input type="checkbox"/> другие дополнительные расходы, обусловленные особыми потребностями (опишите): .....

<b>Обоснование потребности в дополнительных расходах</b> ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

.....  
.....

**ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

Просим указать документы, которые Вы представляете вместе с ходатайством.

.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(имя и подпись ходатайствующего)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(имя и подпись представителя ходатайствующего)