

**Eesti Töötukassa  
Sotsiaalkindlustusamet**

**Ходатайство об оценке  
трудоспособности, установлении  
степени тяжести недостатка  
здоровья и пособиях**

Август 2022



# Содержание

<b>I</b>	<b>ОБЩАЯ ЧАСТЬ</b>	<b>3</b>
	Данные ходатайствующего	3
	Способы получения решений об оценке трудоспособности и пособия на трудоспособность, извещения об установлении степени тяжести недостатка здоровья и пособий	8
	Врачи и другие специалисты	11
<b>II</b>	<b>СОСТОЯНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ</b>	<b>14</b>
<b>III</b>	<b>СТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ</b>	<b>16</b>
<b>IV</b>	<b>ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ СПОСОБНОСТИ</b>	<b>18</b>
1.	Передвижение	20
2.	Движение рук	27
3.	Передача и прием информации	31
4.	Нахождение в сознании и уход за собой	35
5.	Обучаемость и выполнение действий	40
6.	Адаптация к изменениям и восприятие опасности	44
7.	Общение	49
8.	Воздействие веществ, вызывающих зависимость, и побочные эффекты лекарств	52
9.	Прочие нарушения здоровья	53
<b>V</b>	<b>РАБОТА</b>	<b>55</b>
	<b>ХОДАТАЙСТВО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ</b>	<b>57</b>
	<b>ДОВЕРЕННОСТЬ</b>	<b>68</b>

Формы ходатайств об оценке трудоспособности и установлении степени недостатка здоровья и ходатайства о пособиях на русском языке предназначены только для упрощения процедуры подачи ходатайств. Все предоставленные в ходатайствах данные будут переведены на эстонский язык и внесены в инфосистему, все решения по представленным ходатайствам выносятся и предоставляются на эстонском языке.

В течение шести месяцев до подачи ходатайства Вы должны посетить своего основного лечащего врача или врача по гигиене труда. Если определить степень трудоспособности на основе имеющихся данных окажется невозможно, Эстонская касса по безработице имеет право пригласить Вас к врачу-эксперту, который проведет оценку в ходе визита.

В случае установления частичной трудоспособности для получения пособия на трудоспособность Вы должны соответствовать по крайней мере одному условию активности (напр., работать, быть зарегистрированным(-ой) безработным (-ой), учиться и др.).

Во всех вопросах с выбором ответов отметьте подходящий вариант крестиком (x).

Заполненную форму ходатайства вы можете подать:

- в дигитально/электронно подписанном виде на адрес электронной почты [tvh.hindamine@tootukassa.ee](mailto:tvh.hindamine@tootukassa.ee)
- в бумажном виде с подписью в ближайшее представительство Кассы по безработице или отправив по почте на адрес Эстонская касса по безработице, Ласнамяэ 2, 11412 Таллинн

# I ОБЩАЯ ЧАСТЬ

## ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

Имя: .....	Фамилия: .....
Личный код: _ _ _ _ _	
Если личного кода Эстонии у Вас нет, укажите дату рождения: ____.____._____ и пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Личный код другого государства (при наличии): .....	
Государство, которое присвоило личный код: .....	
Почтовый адрес (для получения карточки трудоспособности и карты лица с недостатком здоровья): ..... .....	
Адрес э-почты: .....	Телефон: .....

Если у Вас имеется нарушение речи или слуха или иная проблема, по причине которой Вы не можете общаться по телефону, и Вы согласны, что по вопросам, связанным с ходатайством, будут связываться с кем-то из Ваших близких, то напишите, с кем (имя и фамилия, контакты):

.....

.....

Если Ваше место жительства находится как в Эстонии, так и в каком-либо другом государстве, то укажите название государства и адрес места жительства в этом государстве:

.....

## **ДАнные О ПРОЖИВАНИИ/РАБОТЕ ЗА ГРАНИЦЕЙ**

Если Вы проживаете/работаете или проживали/работали за границей, укажите соответствующее государство и период проживания/работы в нем с точностью до дня.

<b>Государство</b>	<b>Период</b>	<b>Если Вы работали в этом государстве в течение последних 5 лет, укажите должность (при ответе учитывайте все формы работы)</b>

## ДАННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

Заполните данные представителя (доверенного представителя, родителя, опекуна), если ходатайствующему нет 18 лет или ему назначен опекун либо имеется доверенный представитель.

Опекун/родитель

Доверенный представитель

Имя: .....	Фамилия: .....
Личный код: _ _ _ _ _	
Адрес э-почты: .....	Телефон: .....
Почтовый адрес: .....	

Если представителем ходатайствующего является юридическое лицо, укажите его название:

.....

**Если ходатайство подает доверенный представитель, то приложите к ходатайству доверенность, которая дает право представлять интересы ходатайствующего.**

## ХОДАТАЙСТВУЮ:

<input type="checkbox"/>	Об оценке трудоспособности
<input type="checkbox"/>	О пособиях на трудоспособность
<input type="checkbox"/>	Об установлении степени тяжести недостатка здоровья
<input type="checkbox"/>	О пособиях для лица трудоспособного возраста с недостатком здоровья
<input type="checkbox"/>	О пособиях для родителя с недостатком здоровья (выплачивается при наличии недостатка здоровья одному из родителей, родителю-одиночке, опекуну либо попечителю на основании договора о попечительстве)

**В какое представительство кассы по безработице Вы хотите обращаться при возникновении вопросов?**

.....



## Согласие на обработку данных о здоровье, находящихся в инфосистеме здоровья

Согласен(-а), что Эстонская касса по безработице и Департамент социального страхования с целью оценки трудоспособности и установления степени тяжести недостатка здоровья будут обрабатывать:



относящиеся ко мне или к моему подопечному данные, находящиеся в инфосистеме здоровья (имена сделавших запись врачей и введенные ими данные о здоровье, в т.ч. о визитах, стационарном лечении или лекарствах). Эти данные будут обрабатывать только работники с квалификацией врача, а также поставщики медицинских услуг, привлеченные к оценке трудоспособности. Имя врача и время ввода им информации в инфосистему здоровья обрабатывают только работники, имеющие соответствующие права.

**Осведомлен(-а), что данное согласие распространяется также на личные данные, находящиеся в инфосистеме здоровья, доступ к которым для поставщиков медицинских услуг запрещен мной лично или доступ к которым ограничен кем-либо из моих лечащих врачей.**

**Осведомлен(-а) о своем праве в любое время отозвать свое согласие, подав соответствующее заявление в Эстонскую кассу по безработице или Департамент социального страхования. Отзыв согласия не влияет на законность обработки тех личных данных, которые были обработаны на основании согласия до его отзыва, т.е. согласие нельзя отозвать задним числом.**

С условиями обработки личных данных можно ознакомиться на портале кассы по безработице [www.tootukassa.ee](http://www.tootukassa.ee) или на сайте Департамента социального страхования [www.sotsiaalkindlustusamet.ee](http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee).

# СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ИЗВЕЩЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ И ПОСОБИЙ

Прошу выдать РЕШЕНИЯ/ИЗВЕЩЕНИЕ:

Ходатайствующему  Опекуну/родителю

Доверенному представителю

Отметьте крестиком (X) **только один** вариант из перечня возможных способов получения решений и извещения.

Желаю получить РЕШЕНИЯ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ\*:

По э-почте

Простым письмом

В представительстве кассы по безработице

Желаю получить уведомление о том, что можно прийти за решением:

по э-почте  по телефону

**РЕШЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ И НАЗНАЧЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСОБИЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ** доступны на портале самообслуживания Департамента социального страхования [iseteenindus.sotsiaalkindlustusamet.ee](http://iseteenindus.sotsiaalkindlustusamet.ee). Извещения об этих решениях отправляются по электронной почте.

Ввиду отсутствия э-почты прошу доставить ответ:

Простым письмом

Заказным письмом

\* Решение об оценке трудоспособности и решение о пособии на трудоспособность, а также экспертное мнение доступны также на портале самообслуживания *e-töötukassa* на сайте [www.tootukassa.ee](http://www.tootukassa.ee), экспертное мнение доступно также на портале для пациентов [www.digilugu.ee](http://www.digilugu.ee).

<b>Прошу переводить ПОСОБИЯ:</b>	
<b>На расчетный счет ходатайствующего в Эстонии:</b>	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
<b>На иностранный расчетный счет ходатайствующего (за его счет):</b>	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
SWIFT/BIC-код:	
Название банка:	
<b>На расчетный счет другого лица, в т.ч. местного самоуправления или иного учреждения в Эстонии:</b> (можно выбрать, если ходатайство подписывается на месте в кассе по безработице или Департаменте социального страхования, или заверено электронно-цифровой подписью или нотариусом)	<input type="checkbox"/>
Имя и фамилия другого лица/ название местного самоуправления или иного учреждения:	
Личный код другого лица: _____	
Номер банковского счета: _____	
Номер ссылки:	
<b>По почте с доставкой на дом за счет ходатайствующего:</b> напишите адрес доставки на дом: .....	<input type="checkbox"/>
<b>По почте с доставкой по адресу ходатайствующего за счет кассы по безработице / Департамента социального страхования, поскольку у меня глубокий недостаток здоровья и:</b>	<input type="checkbox"/>
- сложности с передвижением;	<input type="checkbox"/>
- я проживаю в малонаселенной местности, и банковская услуга для меня труднодоступна.	<input type="checkbox"/>
Обоснуйте свое желание .....	
.....	

**Если Вы ходатайствуете о доставке на дом по почте за счет кассы по безработице / Департамента социального страхования, помимо вышеназванных способов, укажите еще один альтернативный способ получения выплат на случай, если доставка на дом за счет кассы по безработице / Департамента социального страхования не будет возможна.**

Если Вы желаете получать пособие на трудоспособность от кассы по безработице другим способом или на другой счет, чем другие социальные пособия для людей с ограниченными возможностями, то укажите, какой из приведенных выше способов вам подойдет для выплаты пособия на трудоспособность:

.....  
.....

**Если Вы получаете от другого государства пособие, пенсию или иное денежное возмещение, выплачиваемые с той же целью, что и пособие на трудоспособность, то укажите:**

иностранное государство, которое выплачивает пособие, пенсию или иное денежное возмещение	
---	--

вид, сумма и период выплаты получаемого от иностранного государства пособия, пенсии или иного денежного возмещения (приложите к ходатайству подтверждающий документ, напр., решение о назначении пособия, пенсии или возмещения)	
--	--

## ВРАЧИ И ДРУГИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ

Посещали ли Вы в течение последних шести месяцев врача?

ДА     НЕТ

Если в течение последних шести месяцев Вы посещали врача по месту проживания или работы за границей, укажите, в каком государстве.

.....

.....

Назовите врачей, у которых имеются данные о состоянии Вашего здоровья, существенные для оценки трудоспособности и установления степени тяжести недостатка здоровья. Отметьте здесь только тех врачей, которые диагностировали или лечили Ваше хроническое заболевание.

<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц, день)	
<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц, день)	

<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц, день)	
<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц, день)	

**По желанию укажите специалистов, которые при необходимости могут предоставить дополнительные сведения о Ваших ограничениях деятельности.**

<b>СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
<b>ПСИХОЛОГ</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
<b>ПОСТАВЩИК СОЦИАЛЬНОЙ УСЛУГИ</b> (в т.ч. опорное лицо, руководитель деятельности и др.)	
Имя и фамилия	
Учреждение	

**ДРУГОЙ СПЕЦИАЛИСТ** (напр., физиотерапевт, специальный педагог, логопед)

Имя и фамилия

Учреждение

## II СОСТОЯНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Ниже перечислены особо тяжелые стойкие состояния здоровья, в случае которых трудоспособность как правило отсутствует.

Внимательно прочитайте следующий перечень состояний и выберите ответ ДА только в случае, если уверены в наличии такого исключаящего трудоспособность состояния.

### 2.1. Имеется ли у Вас какое-либо из нижеперечисленных состояний?

- симптоматическое лечение злокачественной опухоли, т.е. наилучшее поддерживающее лечение, когда специфическое онкологическое лечение исчерпано или неприменимо;
- диализное лечение;
- искусственная вентиляция легких (управляемое дыхание) или постоянная кислородная терапия по причине недостаточной функции дыхания;
- деменция;
- умеренная, тяжелая или глубокая умственная отсталость;
- лежачий хронический больной (потребность в круглосуточной посторонней помощи)

ДА

НЕТ

**Обязуюсь** незамедлительно сообщать в кассу по безработице об обстоятельствах, влияющих на мое право получать пособие на трудоспособность и на его размер, в т.ч. о переезде за границу и трудоустройстве в другом государстве, а также о получаемой в другом государстве зарплате, страховом возмещении по безработице, родительском возмещении, возмещении по временной нетрудоспособности и пенсии, а также о пособии, пенсии или ином денежном возмещении, выплачиваемом с той же целью, что и пособие на трудоспособность.



**Обязуюсь** незамедлительно сообщать в Департамент социального страхования об обстоятельствах, влияющих на мое право получать социальные пособия для людей с недостатком здоровья, в т.ч. о прерывании учебы ребенка (пособие для родителя с недостатком здоровья), переезде в другое государство, а также о получении в другом государстве пособия или иного денежного возмещения, выплачиваемого с той же целью, что и социальные пособия для людей с недостатком здоровья.

**Осведомлен(-а)**, что Эстонская касса по безработице / Департамент социального страхования могут востребовать с меня обратно пособие/возмещения, назначенные и выплаченные мне без законных оснований.

**Осведомлен(-а)**, что на основании статьи § 15<sup>2</sup> Закона о социальном попечительстве и статьи 27<sup>1</sup> Закона о защите детей местное самоуправление имеет право получать информацию о проживающих на его территории совершеннолетних, у которых установлена степень тяжести недостатка здоровья, и о детях, которым ходатайствовали об установлении степени тяжести недостатка здоровья, чтобы выяснить их потребность в дополнительной помощи и предоставить им поддержку и вспомогательные услуги.

**2.2. Если в пункте 2.1. о наличии состояния, исключающего трудоспособность, Вы ответили ДА и не желаете дальше заполнять форму, то подпишите ходатайство.**

**Если Вы не уверены в наличии исключающего трудоспособность состояния, то продолжайте заполнять ходатайство.**

_____	_____	_____
(дата)	(имя и фамилия ходатайствующего)	(подпись)

_____	_____	_____
(дата)	(имя и фамилия представителя ходатайствующего)	(подпись)

### **III СТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬ- НЫЕ УСЛУГИ**

#### **Сторонняя помощь**

Пользуетесь ли Вы в повседневной деятельности помощью другого человека?

ДА     НЕТ

Помощь другого человека нужно описать в содержательной части ходатайства для каждого действия, которое Вы не можете выполнить самостоятельно.

#### **Реабилитация**

Пользовались ли Вы в течение последних трех лет услугой социальной реабилитации, предоставляемой через Департамент социального страхования?

ДА     НЕТ

По возможности приложите к ходатайству оценку, составленную специалистами в рамках оказания услуги социальной реабилитации.

Данные о профессиональной реабилитации кассе по безработице доступны.

#### **Социальные услуги**

Социальными услугами могут быть: общий уход, социальный транспорт, помощь опорного лица или личного помощника, уход за совершеннолетним, предоставление убежища, приюта, обеспечение жильем, долговое консультирование, услуга по уходу за ребенком, замещающее попечение, патронат и др.

К социальным услугам также относятся опорные услуги в образовании: консультирование для детей с особыми потребностями, услуги опорных специалистов (спецпедагог, социальный педагог, психолог, логопед) в учебном заведении. **Если Вы пользуетесь социальными услугами, перечислите их.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## IV ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Далее оцените, насколько Вы способны заниматься различной деятельностью. Ваша собственная оценка ограничений деятельности очень важна **ДЛЯ ОЦЕНКИ** трудоспособности. Для каждого ограничения опишите как можно точнее обстоятельства и частоту его возникновения, а также степень проявления.

Выполнение действия без усилий означает, что Вы можете делать это безопасно, многократно и без чрезмерного напряжения.

Вариант ответа «Моя способность может меняться» выбирайте в том случае, если Вы иногда можете, а иногда не можете выполнять данное действие (напр., из-за периодического обострения заболевания). Опишите как можно точнее так называемые «хорошие» и «плохие» дни, также уточните частоту проявления ограничений.

Прежде чем приступить к заполнению ходатайства, прочитайте форму до конца, тогда Вам будет легче понять и точнее определить, в каких сферах Вам нужно описать свои ограничения.

**Есть ли у Вас желание участвовать в повседневной жизни?**

ДА  НЕТ

**Подумайте, хватает ли Вам душевных сил на повседневные дела, есть ли у Вас желание ими заниматься, остаются ли силы на семейную жизнь,**

**общение с друзьями и знакомыми, комфортна ли для Вас повседневная жизнь. Если Вы ответили НЕТ, опишите, как часто и какими повседневными делами Вам не хочется заниматься?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ФИЗИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

## 1. Передвижение

В этой части спрашивается о том, насколько Вы способны передвигаться, в том числе по лестницам, преодолевать препятствия, сохранять или менять положение стоя и сидя.

**Если Вы передвигаетесь, стоите или сидите, прибегая к вспомогательным средствам или сторонней помощи, укажите это рядом с соответствующим действием.**

Вспомогательными средствами для передвижения могут быть: протез(-ы) нижних конечностей; инвалидные коляски с электрическим или ручным приводом; костыли, палки для ходьбы, ходунки(-роллаторы); автомобили с адаптированным управлением; двух- и трехколесные мопеды, адаптированные велосипеды (в т.ч. с мотором); оборудование для перемещения и смены положения тела (столы для выравнивания тела, подъемники, пандусы); осязательные и белые трости, собака-поводырь; поддерживающие ортезы для рук, ног, спины или шеи и др. Если Вы не можете пользоваться назначенным или рекомендованным Вам вспомогательным средством, укажите причину.

### 1.1 Передвижение по разноуровневым поверхностям

Под передвижением понимается преодоление расстояния по одноуровневой поверхности в обычном темпе.

Под передвижением по разноуровневым поверхностям понимается преодоление неровных поверхностей, препятствий и лестниц.

Описывая свои ограничения, сравните себя с другом, членом семьи или коллегой.

- Поспевае ли Вы за его шагом?
- Бывает ли так, что Ваш спутник должен останавливаться и ждать Вас?

Передвижение без трудностей считается в том случае, если не возникает боли, слабости, усталости, нехватки воздуха и потери равновесия.

**Я могу без затруднений передвигаться и ходить по лестнице.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.2 (стр. 22 ). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**1.1.1. Какое расстояние Вы можете преодолевать без боли, слабости, усталости, головокружения, нехватки воздуха или нарушения равновесия?**

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы передвигаетесь и что препятствует Вашему передвижению. Укажите частоту проявления ограничений (в день, в неделю и т.д.) и, в случае болей, их интенсивность. Если Вы пользуетесь вспомогательным средством, опишите, для чего и как Вы его используете.

.....

.....

.....

.....

### 1.1.2 Можете ли Вы передвигаться по лестницам и при необходимости преодолевать препятствия (пороги, бордюры и т. п.)?

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность подниматься и спускаться по лестнице может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, появляется ли у Вас при преодолении препятствий или движении по лестнице боль, нарушение равновесия, нехватка воздуха, учащенное сердцебиение, падения и т. п. и как часто. Если Вы пользуетесь вспомогательным средством, опишите, для чего и как Вы его используете.

.....

.....

.....

.....

## 1.2 Безопасность передвижения

Под безопасным передвижением подразумевается передвижение в нужное место в течение разумного времени, без затруднений и опасностей (напр., нарушения равновесия, падения), в том числе по разноуровневым поверхностям. Здесь подразумевается безопасность передвижения при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и нарушениях зрения и слуха. Здесь не указываются затруднения, вызванные страхом или беспокойством.



**Я могу безопасно передвигаться в помещении и на улице.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.3 (стр. 24 ). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**1.2.1 Можете ли Вы безопасно передвигаться по улице, в т.ч. в местах, где раньше не бывали?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность безопасно передвигаться может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите затруднения в части безопасности Вашего передвижения на открытом воздухе. Если Вы пользуетесь вспомогательным средством (в т.ч. для зрения, слуха, передвижения), опишите, для чего и как Вы его используете.

.....

.....

.....

**1.2.2 Можете ли Вы безопасно передвигаться в помещении, в т.ч в таком, где раньше не бывали?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями

- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность безопасно передвигаться в помещении может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, в чем состоят Ваши затруднения с безопасным передвижением в помещении. Если Вы пользуетесь вспомогательным средством, опишите, для чего и как Вы его используете.

.....

.....

.....

### **1.3 Стояние и сидение**

«Стоять» означает стоять неподвижно на одном месте, при необходимости с использованием вспомогательного средства или другой опоры (напр., стол, стул). Помощь другого человека здесь учитывать нельзя.

«Сидеть» означает находиться в сидячем положении на стуле без подлокотников. Положение сидя и стоя можно чередовать, т.е. после положения стоя можно посидеть 2–3 минуты, и наоборот.

**Могу сохранять и менять положение тела без затруднений и боли.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.4 (стр. 26). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**1.3.1 Можете ли Вы стоять или сидеть на одном месте, не чувствуя боли или усталости?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- Могу, не более 3 часов
- Могу, менее чем 1 час
- Нет
- Моя способность стоять и сидеть на одном месте или чередовать положения тела может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения с тем, чтобы находиться в одном положении. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

.....

.....

.....

.....

**1.3.2 Можете ли Вы чередовать положения тела, напр., вставать, садиться на стул, наклоняться и т. д.?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность чередовать положения тела может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения при чередовании положения тела, и в чем они проявляются. Если

Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

.....

.....

.....

.....

#### **1.4 Иные ограничения, связанные с передвижением**

Подумайте, все ли Ваши затруднения с передвижением, сохранением или чередованием положений тела были перечислены выше. Если Вы хотели бы добавить неупомянутое в вопросах ограничение, укажите его здесь. Если все Ваши ограничения уже перечислены, пропустите этот вопрос.

.....

.....

.....

.....

## 2. Движение рук

В этой части спрашивается, можете ли Вы при повседневной деятельности без чрезмерных усилий выпрямлять руки, захватывать и перемещать предметы, выполнять точные движения пальцами. Действия руками выполняются без затруднений, если нет боли, слабости и дрожи в руках, ограничения движений и т. п.

Если Вы пользуетесь **вспомогательными средствами или помощью другого человека**, укажите это рядом с соответствующим действием. Если Вы не можете пользоваться назначенным или рекомендованным Вам вспомогательным средством, укажите причину.

Вспомогательными средствами для действий руками могут быть протезы верхних конечностей или рук, роботизированная рука, захваты, поддерживающие ортезы для верхних конечностей, кистей рук и пальцев, специальные компьютерные клавиатуры и/или мыши.

- Я:  Левша  
 Правша

### 2.1 Выпрямление рук

Под выпрямлением рук подразумевается вытягивание рук на разной высоте, сгибание в плечевом и локтевом суставах, чтобы дотянуться до предмета или бросить предмет.

**Я могу без затруднений поднять руки вверх.**

- ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.2 (стр. 28). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### 2.1.1 Можете ли Вы поднять руку настолько высоко, чтобы достать какой-либо предмет с полки?

- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность целенаправленно поднимать или сгибать руку может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения, их причины и касаются ли они обеих рук. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

.....

.....

.....

.....

## 2.2 Перемещение предметов

Под перемещением предметов подразумевается их захват двумя руками и перемещение их на высоте пояса в желаемое место (например, это перестановка тарелки на столе слева от себя направо).

**Могу без затруднений перемещать предметы руками.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.3 (стр. 30). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### **2.2.1 Можете ли Вы поднять и переставить литровый сосуд с жидкостью?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- Могу поднять сосуд объемом до полулитра
- Не могу поднять ни одного предмета, независимо от веса
- Моя способность поднять и переместить такой сосуд может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, в чем состоят затруднения (напр., жидкость может пролиться из-за дрожания рук или недостаток силы в одной руке заставляет Вас помогать второй рукой и т.п.). Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

.....

.....

.....

.....

### **2.2.2 Можете ли Вы без затруднений поднять и переместить легкий большой предмет, напр., подушку или пустую картонную коробку?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность поднимать и перемещать такие предметы может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения и их причины. Ограничения, связанные с подъемом тяжестей, здесь не указываются.

.....

.....

.....

.....

## **2.3 Ловкость рук**

Под ловкостью рук подразумевается подвижность и сила пальцев и запястий, способность поворачивать запястье руки внутрь и наружу, а также точность движений рук и пальцев (захват, удержание, перебирание пальцами мелких предметов).

**Могу без затруднений пользоваться руками и пальцами.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.4 (стр. 31). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### **2.3.1 Насколько Вы можете пользоваться руками и пальцами?**

- С небольшими затруднениями при выполнении некоторых действий
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность пользоваться руками и пальцами может меняться



Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения и их причины. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

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

## **2.4 Другие ограничения, связанные с движением рук**

Подумайте, все ли Ваши затруднения с ручными действиями были перечислены выше. Если Вы хотели бы добавить не упомянутое в вопросах ограничение, укажите его здесь. Если все Ваши ограничения уже перечислены, пропустите этот вопрос.

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

## **3. Передача и прием информации**

В этой части спрашивается, можете ли Вы общаться, учитывая возможности Вашего зрения, слуха и речи.

Если Вы пользуетесь для общения **вспомогательными средствами или помощью другого человека**, то укажите это рядом с соответствующим действием. Если Вы не можете

пользоваться назначенным или рекомендованным Вам вспомогательным средством, то укажите причину.

Вспомогательными средствами коммуникации могут быть очки, лупы, телевизоры для чтения, увеличительные видео- или другие системы, тактильные материалы, (имплантируемые) слуховые аппараты, слуховые очки, усилители звука, электронные вспомогательные средства общения (аппараты для общения), альтернативные вспомогательные средства для коммуникации (коммуникаторы) и др.

### **3.1 Передача информации**

Под передачей информации подразумевается общение посредством речи и письма. Информацию можно передавать, в том числе, с помощью языка жестов, набора печатного текста и др. способами.

**Могу без затруднений общаться с другими людьми устно и письменно.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 3.2 (стр. 33). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

#### **3.1.1 Можете ли Вы сообщить другому человеку простую информацию?**

(простой информацией может быть, например, призыв о помощи, информация о времени или месте нахождения)

- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность передавать простую информацию может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения в коммуникации с другими людьми. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

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

## **3.2 Прием информации**

В этой части спрашивается, можете ли Вы принимать различную информацию с помощью слуха или зрения.

**Могу без затруднений слышать сказанное и прочитать написанное.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 3.3 (стр. 35). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### **3.2.1 Можете ли Вы услышать и/или прочитать по губам другого человека простую информацию?**

(простой информацией может быть, например, призыв о помощи, информация о времени или месте нахождения).

О чтении по губам отвечайте только в том случае, если Ваш слух не позволяет Вам получить устную информацию.

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность принимать устную информацию может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения и их причины. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

.....

.....

.....

.....

**3.2.2 Можете ли Вы прочитать информацию, напечатанную крупным шрифтом?**

(под крупным шрифтом понимается обычно текст, напечатанный крупнее, чем в газетах и книгах, размер шрифта текста от 14 пунктов)

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность читать может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения с приемом и чтением сообщений. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

.....

.....

.....

.....

### 3.3 Иные ограничения, связанные с обменом информацией

Подумайте, все ли Ваши проблемы со зрением, слухом и речью перечислены выше. Если Вы хотели бы добавить неупомянутое в вопросах ограничение, укажите его здесь. Если все Ваши ограничения уже перечислены выше, пропустите этот вопрос.

.....

.....

.....

.....

## 4. Нахождение в сознании и уход за собой

В этой части спрашивается:

1. бывают ли у Вас обмороки и иные нарушения сознания и как часто;
2. имеются ли у Вас затруднения с контролем функций кишечника и мочевого пузыря и какие;
3. можете ли Вы есть и пить без затруднений;
4. можете ли Вы без затруднений мыться и соблюдать гигиену.

Если для контроля кишечника и мочевого пузыря или для приема пищи и питья Вы пользуетесь **вспомогательными средствами или помощью другого человека**, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Вспомогательными средствами контроля деятельности кишечника и мочевого пузыря могут быть средства для сбора мочи и фекалий, приспособления для мочеиспускания, средства защиты и очищения кожи, впитывающие мочу подгузники или прокладки и др.

Вспомогательными средствами для приема пищи и питья могут быть, напр., столовые приборы и соломинки для питья, специальные кружки, тарелки, миски и др.

Вспомогательными средствами по уходу за собой могут быть, напр., поручни, сиденье и стульчак унитаза, сиденье и стульчак для душа и ванны, держатели туалетной бумаги, вспомогательные средства при трахеостомии и др.

## 4.1 Нахождение в сознании

Под нахождением в сознании понимается обычное состояние бодрствования и способность в нем контактировать с окружающими. Сюда не относятся **головокружение** или **сонливость**.

**Нахожусь в сознании без затруднений.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.2 (стр. 37). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**4.1.1 Как часто у Вас бывают нарушения сознания?**  
(обмороки, приступы эпилепсии, нарушения сознания в связи с диабетом и др.)

- Один раз в два года
- Несколько раз в год
- Каждый месяц
- Не реже одного раза в неделю

Уточните выбранный ответ. Опишите, по какой причине у Вас бывают нарушения сознания, и как они проявляются.

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

## 4.2 Туалетные процедуры

Под туалетными процедурами подразумевается способность контролировать функции кишечника и мочевого пузыря, включая проблемы со вспомогательными средствами, такие как регулярное загрязнение одежды и необходимость ее менять.

При ответе учитывайте ограничения, связанные с использованием подгузников или приемников (стомные мешки и катетеры для мочи) и небольшими протечками (контролируемые подгузниками или прокладками), которые не требуют смены одежды, а также ограничения, связанные с удержанием содержимого кишечника и мочевого пузыря (запорами).

**Могу без затруднений контролировать функции кишечника и мочевого пузыря.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.3 (стр. 38). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### 4.2.1 Имеются ли у Вас затруднения с контролем функций кишечника или мочевого пузыря?

- Да, единичные случаи в течение года
- Да, каждый месяц
- Да, каждый день
- Моя способность контролировать функции кишечника и мочевого пузыря может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения с контролем функций кишечника и мочевого пузыря и с использованием вспомогательных средств, а также как

часто Вам приходится стирать или менять одежду из-за загрязнения, намокания или протечек.

.....

.....

.....

.....

### **4.3 Еда и питье**

Под едой и питьем подразумевается самостоятельный прием предоставленной пищи и питья с использованием при необходимости предназначенных для этого (вспомогательных) средств. Здесь не подразумеваются снижение аппетита, необходимость соблюдать диету и пищевые аллергии.

**Могу есть и пить без затруднений.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.4 (стр. 40). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

#### **4.3.1 Можете ли Вы поднести ко рту еду и питье без помощи другого человека?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность есть и пить может меняться



Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения и их причины. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

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

**4.3.2 Можете ли Вы свободно жевать и глотать пищу?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность жевать и глотать пищу может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения при жевании и глотании. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами, опишите, для чего и как Вы их используете.

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

#### **4.4 Иные ограничения, связанные с нахождением в сознании и уходом за собой**

Опишите свои ограничения, связанные с переодеванием, мытьем, уходом за разными частями тела, в том числе связанные с затрудняющими самообслуживание **кожными заболеваниями**, такими как воспаление. Если для ухода за собой Вы пользуетесь вспомогательными средствами или сторонней помощью, опишите, при каких действиях и какая помощь Вам требуется.

.....

.....

.....

.....

## **ПСИХИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ**

В разделах о психических возможностях Вы можете описать свои затруднения, связанные с нарушениями памяти, поведенческими нарушениями, расстройствами ориентации в пространстве, времени и собственной личности, нарушениями контроля над эмоциями и мыслительных процессов, снижением мотивации и недостатком энергии, расстройствами настроения. Физические затруднения здесь не описываются.

## **5. Обучаемость и выполнение действий**

В этой части спрашивается о Вашей способности приобретать новые навыки, пользоваться ими, планировать и совершать действия. При ответе учитывайте свою мотивацию и энергичность, способность контролировать

эмоции, смены настроения, способность ориентироваться в пространстве, времени и собственных побуждениях, способность фиксировать и удерживать внимание и др. Если Вы пользуетесь сторонней помощью, укажите это рядом с соответствующим действием.

Если Вы не учитеcь и не учились в общеобразовательной школе, укажите здесь информацию о своих образовательных потребностях.

Здесь описываются трудности выполнения действий, вызванные умственными и психическими ограничениями.

## 5.1 Обучение действиям

Под обучением действиям понимается способность научиться простым и сложным повседневным действиям и способность выполнять их.

Простое действие – это действие, состоящее из одного-двух этапов, не требующее длительного предварительного обдумывания.

Сложное действие – это действие из нескольких последовательных этапов, требующее предварительных умственных усилий.

**Могу без затруднений научиться простым и сложным повседневным действиям и выполнять их**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 5.2 (стр. 43). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### 5.1.1 Можете ли Вы научиться простым действиям?

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность научиться простым действиям может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения и их причины.

.....

.....

.....

.....

### 5.1.2 Можете ли Вы научиться сложным действиям?

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность научиться сложным действиям может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения и их причины.

.....

.....

.....

.....

## 5.2 Начало и завершение действий

Под началом и завершением действий подразумевается способность планировать и выполнять повседневные действия. При ответе учитывайте свои проблемы с памятью и способностью к концентрации, а также достаточность своего желания, энергии и мотивации для начала и завершения действий.

Здесь описываются затруднения, вызванные **психическими** ограничениями.

**Могу справляться с повседневными действиями без затруднений.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, перейдите к вопросу 5.3 (стр. 44). Если Вы ответили НЕТ, продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**5.2.1 Можете ли Вы сами замечать необходимость выполнять повседневные действия? Планировать, начинать и завершать их?**

- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность начинать и завершать действия может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения с запоминанием, планированием и организацией действий. Опишите, что может осложнить для Вас эти действия и в чем Вам нужна сторонняя помощь.

.....  
.....

.....  
.....

### **5.3 Иные ограничения, связанные с обучением и выполнением действий**

Подумайте, все ли Ваши затруднения с обучением и выполнением действий перечислены выше. Если Вы хотели бы добавить неупомянутое в вопросах ограничение, укажите его здесь. Если все Ваши ограничения уже перечислены, пропустите этот вопрос.

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

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

В этой части спрашивается, можете ли Вы без эмоционального напряжения и чрезмерной тревожности передвигаться вне дома, умеете ли Вы оценивать опасность повседневной ситуации и адаптироваться к изменениям. Если Вы пользуетесь сторонней помощью, укажите это рядом с соответствующим действием.

Здесь описываются трудности выполнения действий, вызванные **умственными и психическими** ограничениями.

## 6.1 Передвижение вне дома

Под эмоциональным и психическим напряжением, связанным с передвижением вне дома, подразумевается ощущение тревоги, дискомфорта или страха при передвижении за пределами дома. Затруднения могут быть связаны также с ориентацией во времени и пространстве, с памятью или риском заблудиться.

**Могу без эмоционального или психического напряжения передвигаться вне дома.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.2 (стр. 46). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**6.1.1 Можете ли Вы без эмоционального или психического напряжения и ощущения тревоги отправиться в знакомое Вам место?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность посещать знакомые места может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения, а также нужна ли Вам сторонняя помощь и для чего.

.....

.....

.....

.....

**6.1.2 Можете ли Вы без эмоционального или психического напряжения и ощущения тревоги отправиться в незнакомое Вам место?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность посещать незнакомые места может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения, а также нужна ли Вам сторонняя помощь и для чего.

.....

.....

.....

.....

**6.2 Восприятие риска или опасности**

Под восприятием опасности подразумевается понимание того, какие повседневные действия могут быть опасны для Вашего или чужого здоровья, и следующее из этого поведение, предотвращающее опасные ситуации.

**Могу безопасно справляться с повседневными действиями и понимаю опасности дорожного движения.**

- ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.3 (стр. 47). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.



### 6.2.1 Нуждаетесь ли Вы в сопровождении для исключения опасности?

- Нет
- При единичных действиях, не каждый день
- Да, в дневное время всегда
- Да, круглосуточно
- Моя потребность в сопровождении может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, какие опасные ситуации могут возникать и как Вы с ними справляетесь. Если вам требуется сторонняя помощь, опишите, для чего именно.

.....

.....

.....

.....

### 6.3 Адаптация к изменениям

Под адаптацией к изменениям подразумевается приспособление к неожиданным ситуациям, нарушающим повседневную рутину.

**Могу без затруднений справляться с изменениями в повседневной жизни.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.4 (стр. 48). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### **6.3.1 Справляетесь ли Вы с переменами в своей повседневной жизни?**

(например, переносом времени приема пищи, опозданием автобуса или поезда, преждевременным появлением или опозданием друга или сиделки)

- С небольшими затруднениями
- Да, если знаю об изменении заранее
- Нет, если изменение неожиданно
- Совсем не справляюсь с изменениями
- Моя способность справляться с изменениями может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения в адаптации к переменам. Если Вам требуется сторонняя помощь, опишите, для чего именно.

.....

.....

.....

### **6.4 Иные ограничения, связанные с адаптацией к изменениям и восприятием опасности**

Подумайте, все ли затруднения с адаптацией к переменам и восприятием опасности перечислены выше. Если Вы хотели бы добавить неупомянутое в вопросах ограничение, укажите его здесь. Если все Ваши ограничения уже перечислены, пропустите этот вопрос.

.....

.....

.....

.....

## 7. Общение

В этой части спрашивается о Ваших затруднениях в общении со знакомыми или посторонними людьми и о том, как Вы справляетесь в ситуациях, требующих общения. Если Вы пользуетесь помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

### 7.1 Как Вы справляетесь с общением

Под межличностным общением подразумевается готовность встречаться с людьми, общаться со знакомыми и посторонними.

**Могу общаться с людьми без чрезмерной тревожности или страха.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 7.2 (стр. 51). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

**7.1.1 Можете ли Вы встречаться со знакомыми людьми, не испытывая при этом излишней тревожности и страха?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность встречаться со знакомыми людьми без чрезмерной тревожности или страха может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения при встрече и общении с людьми, а также их причины.

.....

.....

.....

.....

**7.1.2 Можете ли Вы встречаться с незнакомыми людьми, не испытывая при этом излишней тревожности или страха?**

- Да
- С небольшими затруднениями
- С умеренными затруднениями
- С большим трудом, это почти невозможно
- Нет
- Моя способность встречаться с незнакомыми людьми без чрезмерной тревожности или страха может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения при встрече и общении с людьми, а также их причины.

.....

.....

.....

.....

## 7.2 Уместность поведения

Под уместным поведением подразумевается соответствующее ситуации поведение, при котором Вы контролируете свои эмоции – как Вы выражаете свои чувства, мешает ли (умышленно или непреднамеренно) Ваше поведение окружающим.

**Могу контролировать свои эмоции и поведение.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 7.3 (стр. 51). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

### 7.2.1 Как часто Вы теряете контроль над своими эмоциями и поведением?

- Редко
- Иногда
- Часто
- Каждый день

Уточните выбранный ответ. Опишите, как часто, в какой ситуации и каким образом ваше поведение мешает другим.

.....

.....

.....

.....

## 7.3 Иные ограничения, связанные с общением

Подумайте, все ли Ваши затруднения в общении перечислены выше. Если Вы хотели бы добавить неупомянутое

в вопросах ограничение, укажите его здесь. Если все Ваши ограничения уже перечислены, пропустите этот вопрос.

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

**8. Воздействие веществ, вызывающих зависимость, и побочные эффекты лекарств**

**8.1 Есть ли у Вас затруднения с выполнением действий, вызванные употреблением алкоголя или других веществ, вызывающих зависимость?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения, связанные с употреблением этих веществ, частоту их проявления, а также каким образом это препятствует Вашей способности к действиям.

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

**8.2 Есть ли у Вас побочные эффекты, вызванные употреблением лекарств (напр., рвота, тошнота, головокружение и др.)?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, уточните выбранный ответ. Опишите свои затруднения, связанные с употреблением лекарств, частоту их проявления, а также каким образом это препятствует вашей способности к действиям.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 9. Прочие нарушения здоровья

Здесь указываются только те затруднения, которые невозможно описать в рамках предыдущих разделов. Здесь не нужно перечислять все свои диагнозы и препараты, поскольку эти данные доступны врачу-эксперту. Здесь можно привести, например, сведения о нарушениях сна (дневная сонливость, непреодолимая сонливость, сильное желание заснуть в неподходящее время или в неподходящем месте, утренняя или ночная головная боль, апатия) или головной боли, указав частоту их проявления и характер.

### 9.1 Есть ли у Вас затруднения в выполнении действий, не рассмотренные в предыдущих вопросах?

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то опишите эти затруднения и уточните, как часто они проявляются.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## V РАБОТА

Если Вы испытываете затруднения с выполнением трудовых обязанностей на нынешнем месте работы, опишите их:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Если какие-либо Ваши предыдущие трудовые отношения прекращены по состоянию здоровья, укажите причины:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

_____	_____	_____
(дата)	(имя и фамилия ходатайствующего)	(подпись)

_____	_____	_____
(дата)	(имя и фамилия представителя ходатайствующего)	(подпись)



Если Вы заполнили ходатайство об оценке трудоспособности, в ходатайстве о пособии на трудоспособность заполните только пункт 2 (условия активности), отметив, какому условию активности из списка Вы соответствуете.

Если Вы заполнили ходатайство об оценке трудоспособности и отметили в пункте 2.1 состояние, исключающее трудоспособность, Вам не нужно заполнять приведенное ниже ходатайство о пособии на трудоспособность.

Если у Вас уже имеется оценка трудоспособности, и Вы хотите ходатайствовать о пособии на трудоспособность, то заполните все пункты ходатайства о пособии на трудоспособность.

## ХОДАТАЙСТВО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

### 1. ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Имя: .....	Фамилия: .....
Личный код: _____	
Если личного кода Эстонии у Вас нет, укажите дату рождения ____.____.____ и пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	

Личный код другого государства (при наличии):  
 .....

Государство, которое присвоило личный код:  
 .....

Почтовый адрес:  
 .....

Адрес э-почты: .....	Телефон: .....
-------------------------	-------------------

Если Вы проживаете в нескольких странах, то укажите иностранное государство и адрес в этом государстве:  
 .....  
 .....

Если Вы проживаете/работаете или проживали/работали за границей, то укажите соответствующее государство и период проживания/работы в нем с точностью до дня.

Государство	Период

**Если Вы получаете пособие, пенсию или иное денежное возмещение от другого государства, которые выплачиваются с той же целью, что и пособие на трудоспособность, то укажите:**

государство, которое выплачивает пособие, пенсию или иное денежное возмещение

вид, сумму и периодичность выплаты иностранного государственного пособия, пенсии или иного денежного возмещения (приложите к ходатайству, подтверждающий документ, напр. решение о назначении пособия, пенсии или возмещения)

## ДАННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Укажите данные представителя (доверенного представителя, родителя, опекуна), если ходатайствующему нет 18 лет, ему назначен опекун либо доверенный представитель.

Опекун/родитель

Доверенный представитель

Имя: .....	Фамилия: .....
Личный код: _____	
Адрес э-почты: .....	
Телефон: .....	
Почтовый адрес: .....	

Если представителем ходатайствующего является юридическое лицо, укажите его название:

.....

**Если ходатайство подает доверенный представитель, приложите к нему доверенность, которая дает право представлять интересы ходатайствующего.**

<p><b>Желаю получать решения, связанные с пособием на трудоспособность (отметьте один способ доставки решения):</b></p> <p>на адрес ходатайствующего <input type="checkbox"/></p> <p>на адрес представителя <input type="checkbox"/></p>	
по э-почте:	<input type="checkbox"/>
простым письмом:	<input type="checkbox"/>
<p>В представительстве кассы по безработице:</p> <p>Укажите представительство кассы по безработице, выбранное Вами для получения решения</p> <p>.....</p> <p>Желаю получить уведомление о том, что можно прийти за решением:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> по э-почте</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> по телефону</p>	<input type="checkbox"/>

Независимо от выбранного способа, решения в связи с пособием на трудоспособность всегда доступны Вам на портале самообслуживания Кассы по безработице e-töötukassa по адресу [www.tootukassa.ee](http://www.tootukassa.ee).

**Прошу назначить мне пособие на трудоспособность.**

## 2. УСЛОВИЕ АКТИВНОСТИ

Пособие на трудоспособность выплачивается человеку с частичной трудоспособностью, только если он соответствует по крайней мере одному из следующих условий. Укажите, какому из нижеперечисленных условий Вы соответствуете.

<input type="checkbox"/>	работаю на основании трудового договора, договора подряда, договора поручения или иного заключенного для оказания услуги обязательственно-правового договора, или оказываю услугу или продаю товар в значении Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательской деятельности, или нахожусь на публичной службе
<input type="checkbox"/>	являюсь членом Рийгикогу, членом Европейского Парламента, Президентом Республики, членом Правительства Республики, судьей, канцлером права, государственным контролером, государственным примирителем, старейшиной волости или городского района, наемным председателем или заместителем председателя собрания местного самоуправления, наемным членом волостного или городского правления, в том числе волостным старейшиной или мэром города
<input type="checkbox"/>	занимаю общественно-правовую должность как независимое лицо
<input type="checkbox"/>	являюсь членом органа управления или контроля юридического лица
<input type="checkbox"/>	являюсь зарегистрированным физическим лицом – предпринимателем
<input type="checkbox"/>	внесен(-а) в регистр налоговых субъектов как супруг(-а), участвующий(-ая) в деятельности физического лица-предпринимателя



<input type="checkbox"/>	зарегистрирован(-на) в качестве безработного
<input type="checkbox"/>	получаю уровневое (основное, среднее, высшее) или прикладное образование
<input type="checkbox"/>	нахожусь в академическом отпуске от учебного заведения по состоянию здоровья
<input type="checkbox"/>	воспитываю или опекаю по крайней мере одного ребенка в возрасте до трех лет
<input type="checkbox"/>	опекаю нуждающегося в помощи члена семьи с тяжелым или глубоким недостатком здоровья (членами семьи считаются дети, родители и супруг(а))
имя, личный код, при отсутствии личного кода – дата рождения опекаемого члена семьи .....	
<input type="checkbox"/>	опекаю человека с недостатком здоровья на основании § 26 Закона о социальном обеспечении
<input type="checkbox"/>	получаю творческое пособие назначенное творческим союзом или Министерством культуры.
<input type="checkbox"/>	без моего согласия помещен(-а) в попечительское учреждение для получения круглосуточной специализированной попечительской услуги
<input type="checkbox"/>	нахожусь на амбулаторном или стационарном лечении либо в моем отношении применяется замещающее наказание или средство воздействия, установленные иным законом, не позволяющие мне выполнять вышеназванные условия
лечебное учреждение .....	

<input type="checkbox"/>	<b>прохожу срочную, альтернативную или резервную службу в армии</b>
<input type="checkbox"/>	<b>выполняю какое-либо из вышеперечисленных условий в иностранном государстве</b>
<p>условие .....</p> <p>государство .....</p> <p>дата начала действия условия .....</p> <p><b>Приложите к ходатайству документ, подтверждающий выполнение условия.</b></p>	

### 3. СПОСОБ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Прошу выплачивать назначенное пособие на трудоспособность:

<b>На расчетный счет ходатайствующего в Эстонии:</b>	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
<b>На иностранный расчетный счет ходатайствующего (за его счет):</b>	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
SWIFT/BIC-код:	
Название банка:	
<b>На расчетный счет другого лица, в т.ч. местного самоуправления или иного учреждения в Эстонии:</b> (можно выбрать, если ходатайство подписывается на месте, в кассе по безработице или Департаменте социального страхования, либо заверено электронно-цифровой подписью или нотариусом):	<input type="checkbox"/>
Имя, фамилия другого лица / название местного самоуправления или учреждения: .....	
Номер банковского счета: _____	
Номер ссылки:	

<p><b>По почте, с доставкой на дом за счет ходатайствующего:</b></p> <p>укажите адрес доставки:</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>По почте с доставкой по адресу ходатайствующего за счет кассы по безработице, поскольку у меня глубокий недостаток здоровья и:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сложности с передвижением;</li> <li>- я проживаю в малонаселенной местности, и банковская услуга для меня труднодоступна.</li> </ul> <p>Обоснуйте свое желание</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Если Вы ходатайствуете о почтовой доставке на дом за счет кассы по безработице, помимо вышеназванных способов, укажите еще один альтернативный способ выплаты на случай, если доставка на дом за счет Кассы по безработице не будет возможна.</b></p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

**Обязуюсь** незамедлительно сообщать в кассу по безработице об обстоятельствах, влияющих на мое право получать пособие на трудоспособность и на его размер, в т.ч. о переезде за границу и трудоустройстве в другом государстве, а также о получаемой в другом государстве зарплате, страховом возмещении по безработице, родительском возмещении, возмещении по временной нетрудоспособности и пенсии, а также о пособии, пенсии или ином денежном возмещении, выплачиваемом с той же целью, что и пособие на трудоспособность.

**Осведомлен(-а)**, что при установлении частичной трудоспособности для получения пособия на трудоспособность я должен(-на) соответствовать по крайней мере одному условию активности (напр., работать, быть зарегистрированным(-ой) безработным, учиться и др.).

**Осведомлен(-а)**, что Эстонская касса по безработице может востребовать к возврату пособие на трудоспособность, назначенное и выплаченное мне без законных оснований.

_____	_____	_____
(дата)	(имя и фамилия ходатайствующего)	(подпись)
_____	_____	_____
(дата)	(имя и фамилия представителя ходатайствующего)	(подпись)

в Эстонскую кассу по безработице

Lasnamäe 2,

11412 Tallinn

info@tootukassa.ee

## ДОВЕРЕННОСТЬ

[Место и дата составления]

Настоящим [имя и фамилия ДОВЕРИТЕЛЯ]

.....,  
личный код [личный код].....,

место жительства [адрес места жительства] .....

.....,  
доверяю [имя и фамилия ДОВЕРЕННОГО представителя]

.....,  
личный код [личный код].....,

контактные данные [эл. почта и/или номер телефона]

.....,  
место жительства [адрес места жительства] .....

.....  
представлять меня в Эстонской кассе по безработице в следующих действиях (отметить ДА или НЕТ):

1.  подача ходатайства об оценке трудоспособности / установлении степени тяжести недостатка здоровья и совершение действий в связи с его рассмотрением;
2.  подача ходатайства о пособии на трудоспособность и совершение действий в связи с его рассмотрением;
3.  подача ходатайств о социальных пособиях для людей с недостатком здоровья;
4.  объяснительные ходатайства в связи с выполнением решения об оценке трудоспособности и пособии на трудоспособность;
5.  оспаривание решения об оценке трудоспособности и пособии на трудоспособность;
6.  оспаривание решений об определении степени тяжести недостатка здоровья и пособиях для людей с недостатками здоровья.

Доверенность действует со дня выдачи до [представитель выполнил действия, на которые была выдана доверенность (пункты 1-3 или 5)] / [до окончания срока действия решения об оценке трудоспособности и пособии на трудоспособность (пункт 4)]<sup>1</sup>.

Доверенность выдана без права передоверия.

[подпись ДОВЕРИТЕЛЯ]

<sup>1</sup> Выбрать один или другой вариант, неподходящий стереть или зачеркнуть

