

- * - начать печатать в строке
* - отметить ответ нажатием на квадратик

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ХОДАТАЙСТВА О КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА, ПРИЧИНЕННОГО ТРАВМОЙ ИЛИ ИНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРУДОВЫХ ЗАДАЧ

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	

2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	

3. ПРОШУ КОМПЕНСИРОВАТЬ МНЕ:

<input type="checkbox"/>	ущерб, причиненный вследствие несчастного случая на работе
<input type="checkbox"/>	ущерб, причиненный вследствие профессионального заболевания

4. УВЕДОМЛЯЮ:

<input type="checkbox"/>	Мне известно, что компенсацию ущерба, причиненного травмой или иным повреждением здоровья, полученными при выполнении трудовых задач, Департамент социального страхования выплачивает только вместо ликвидированных учреждений при отсутствии у них правопреемников.	
В данный момент я:		
<input type="checkbox"/>	работаю	(укажите наименование и адрес места работы)
<input type="checkbox"/>	не работаю	

5. НАЗНАЧЕННУЮ КОМПЕНСАЦИЮ ПРОШУ ВЫПЛАЧИВАТЬ:

Наименование банка:	Мой номер расчетного счета: <i>Если у вас счет в иностранном банке, то укажите его вместе с кодом BIC/SWIFT</i>	
Имя и фамилия владельца расчетного счета <i>(заполняйте только в том случае, если это не ваш расчетный счет и вы хотите получать компенсацию на счет другого лица)</i>		
Личный код владельца расчетного счета <i>(заполняйте только в том случае, если это не ваш расчетный счет)</i>		

6. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕОБЛАГАЕМОГО НАЛОГОМ ДОХОДА ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА:

Если вы находитесь в пенсионном возрасте и/или вам будет назначена пенсия по старости в течение календарного года, Департамент социального страхования обязан автоматически учесть для вашей пенсии необлагаемый налогом доход в календарном месяце в размере средней пенсии по старости (704 евро в 2023 г.).
 Вы имеете право использовать сумму освобождения от подоходного налога, оставшуюся после Вашей пенсии, для назначенной вам компенсации ущерба.

<input type="checkbox"/>	Хочу использовать оставшееся освобождение от подоходного налога
<input type="checkbox"/>	Не хочу использовать оставшееся освобождение от подоходного налога

Компенсация ущерба облагается подоходным налогом с учетом суммы вашего дохода брутто в календарном месяце.
 Освобождение от подоходного налога можно использовать либо в Департаменте социального страхования, либо у работодателя.

<input type="checkbox"/>	Хочу использовать необлагаемую налогом часть в размере _____ евро, начиная с _____ 20 _____ г.
<input type="checkbox"/>	Не хочу использовать необлагаемую налогом часть

7. ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА Я ПРЕДСТАВЛЯЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ И ДОКУМЕНТЫ:

7.a. ХОДАТАЙСТВУЮ О КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА ДЛЯ СЕБЯ

№	Тип документа	Уточняющая информация			
			Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
1.	Выписка из трудовой книжки		Приложена к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
2.	Рапорт о несчастном случае на работе		Приложен к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
3.	Уведомление в случае профессионального заболевания		Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
4.	Решение суда, если компенсация была присуждена через суд		Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
5.	Уведомление о последней выплате компенсации работодателем		Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
6.	Документ, удостоверяющий право представительства, если о компенсации ходатайствует представитель лица, имеющего право на компенсацию		Приложен к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
7.	Другое (<i>уточните, что именно</i>)		Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю

ПРИМЕЧАНИЯ:

7.b. ХОДАТАЙСТВУЮ О КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА ПО СЛУЧАЮ ПОТЕРИ КОРМИЛЬЦА:

№	Тип документа	Уточняющая информация			
			Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
1.	Рапорт о несчастном случае на работе		Приложен к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю
2.	Подтверждение того, что один из родителей, супруг или иной член семьи, занимающийся уходом за детьми, братьями, сестрами или внуками умершего кормильца, которые младше 8 лет, не работает		Приложено к заявлению	Предоставлю позже	Не представляю

8. Я ЗНАЮ и ПОДТВЕРЖДАЮ, что:

Мои персональные данные (включая данные, содержащиеся в информационной системе здоровья*) обрабатываются в объеме, необходимом для выявления обстоятельств, лежащих в основе назначения компенсации, выплаты компенсации или выполнения других действий, вытекающих из ходатайства.
С медицинскими данными о себе можно ознакомиться в интернете на портале для пациентов по адресу www.digilugu.ee .

9. ДОКУМЕНТЫ Я ХОЧУ ПОЛУЧИТЬ:

В электронном виде на адрес электронной почты, указанный в заявлении	
В отделе обслуживания клиентов Департамента социального страхования	
Обычным письмом	<i>(почтовый адрес ходатая / представителя, если он отличается от адреса проживания)</i>
Заказным письмом	<i>(почтовый адрес ходатая / представителя, если он отличается от адреса проживания)</i>

10. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

. . 20 г.	Подпись заявителя:	
	Подпись законного представителя:	
Заявитель или его законный представитель подписал заявление электронно-цифровой подписью		