

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УПЛАТЕ СОЦИАЛЬНОГО НАЛОГА ГОСУДАРСТВОМ

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВА:

Имя, фамилия			
Личный код / дата рождения			
Телефон			
Электронная почта	<i>при наличии адреса электронной почты мы будем отправлять вам документы и извещения только в электронном виде</i>		
Адрес			
	<i>(государство)</i>	<i>(уезд (провинция), город / волость)</i>	<i>(улица / деревня, № дома и квартиры)</i>

ПОЖАЛУЙСТА УПЛАТИТЬ СОЦИАЛЬНЫЙ НАЛОГ ЗА МЕНЯ КАК:

<input type="checkbox"/>	супруга-иждивенца, который воспитывает не менее одного ребенка младше 8 лет или 8-летнего ребенка до окончания первого класса либо не менее трех детей младше 16 лет
<input type="checkbox"/>	родителя, опекуна или родителя попечительской семьи, воспитывающего ребенка младше 3 лет в Эстонии (не получающего в Эстонии семейных пособий)
<input type="checkbox"/>	родителя, опекуна или родителя попечительской семьи, воспитывающего 7 или более детей младше 19 лет в Эстонии (не получающего в Эстонии семейных пособий)
<input type="checkbox"/>	неработающего родителя, опекуна или родителя попечительской семьи, воспитывающего 3 или более детей младше 19 лет в Эстонии, при том условии, один ребенок младше 8 лет (не получающего в Эстонии семейных пособий)

СПОСОБ ПЕРЕДАЧИ РЕШЕНИЯ:

Выберите один из вариантов только в том случае, если у вас нет адреса электронной почты

<i>Пожалуйста, отметьте только один вариант крестиком (X)</i>	
<input type="checkbox"/>	в отделе обслуживания клиентов
<input type="checkbox"/>	простым письмом <i>(документ и извещение попадут в почтовый ящик, указанный в контактном адресе)</i>
<input type="checkbox"/>	заказным письмом <i>(документ и извещение будут доставлены вам курьером и переданы под подпись, а если это не получится сделать, они будут отправлены в почтовое отделение)</i>

МНЕ ИЗВЕСТНО:

1.	об обязательстве уведомлять в письменной форме в течение 10 дней Департамент социального страхования об обстоятельствах, влияющих на уплату социального налога (трудоустройство в иностранном государстве, переезд на постоянное место жительства за пределами Эстонии)
2.	что защита медицинского страхования возникает с момента внесения записи в базу данных медицинского страхования, и что Больничная касса имеет право внести запись в течение 5 дней с момента представления данных в Больничную кассу на основании решения Департамента социального страхования

ЗАПОЛНЯЕТ ЗАЯВИТЕЛЬ ХОДАТАЙСТВА:

Дата подачи ходатайства	. . 20 . . г.	Подпись заявителя ходатайства	
Если заявление подается в электронном виде, пожалуйста, подпишите его электронно-цифровой подписью			