

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗДОРОВЬЯ**  
**(На основании проведённой экспертной оценки кассы по безработицы, если с момента последней оценки трудоспособности прошло менее 6 месяцев)**

**Данные ходатайствующего**

Имя и фамилия	
Личный код	

Электронная почта	
Номер телефона	
Контактный адрес	

**Данные представителя**

Имя и фамилия/наименование юридического лица	
Личный код представителя (при отсутствии дата рождения) /регистрационный код	
Основание для права предоставления ( <i>опекун, родитель, доверенное лицо</i> )	

Электронная почта	
Номер телефона	
Контактный адрес	

**Желаю получить**

<input type="checkbox"/>	<b>Пособие лица трудоспособного возраста с недостатком здоровья</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Пособие для родителей с ограниченными возможностями</b>

**Назначенное пособие прошу выплачивать**

<input type="checkbox"/>	<b>На мой расчётный счет</b>
<i>(наименование банка)</i>	<i>(номер расчётного счёта)</i>
<input type="checkbox"/>	<b>На расчётный счёт другого человека</b>
Имя, фамилия, личный код или наименование и регистрационный код юридического лица владельца расчётного счёта:	

(наименование банка)	(номер расчётного счёта)
<input type="checkbox"/>	С доставкой на дом по почте за мой счет
<input type="checkbox"/>	С доставкой на дом по почте за счет Департамента социального страхования *

Обоснование, почему я желаю доставку на дом по почте за счет Департамента социального страхования:


\* На основании обоснованного ходатайства, поданного в Департамент социального страхования, пособие для лица трудоспособного возраста с недостатком здоровья выплачивается с доставкой на дом по почте за счет Департамента социального страхования только в том случае, если назначена глубокая степень недостатка здоровья, ограничены возможности передвижения или лицо проживает в малонаселенном районе, где банковские услуги труднодоступны.

**Извещение о решении и карту лица с недостатком здоровья желаю получить:**  
(Пожалуйста, отметьте крестиком (X) только один вариант)

<input type="checkbox"/>	простым письмом по адресу <sup>1</sup> (письмо будет доставлено в почтовый ящик)
<input type="checkbox"/>	заказным письмом по адресу ( Заказное письмо выдаётся по месту жительства или в местном почтовом отделении)
<input type="checkbox"/>	По электронной почте( по электронной почте посылается решение если степень тяжести не установлена-)

<sup>1</sup> В случае отправки простым письмом Департамент социального страхования не может обеспечить безопасность и конфиденциальность данных.

Согласен с тем, что Касса по безработице и Департамент социального страхования с целью определения оценки трудоспособности и степени тяжести недостатка здоровья обрабатывают мой\моего подопечного данные, содержащиеся в инфосистеме здоровья (внесённые данные о здоровье, записи, сделанные врачами, включая визиты, пребывание в больнице и данные о лекарствах. Вышеупомянутые данные обрабатывают только врачи и участвующее в оценки трудоспособности медицинское учреждение.

Данные о враче, внёшим запись в инфосистему здоровья и время внесения обрабатывают имеющие для этого право работники.

20 . а		
--------	--	--

Дата заполнения ходатайства

(Имя и фамилия)

(подпись) Если заявление посылаете по электронной почте, пожалуйста дигитально подпишите