

**ХОДАТАЙСТВО ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ РЕБЁНКА**

**I ОБЩАЯ ЧАСТЬ**

**ДАННЫЕ РЕБЁНКА**

Имя и фамилия	
Личный код* <i>при отсутствии личного кода дата рождения</i>	

**ДАННЫЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЁНКА**

Имя и фамилия/наименование юридического лица	
Личный код/регистрационный код представителя	

**КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО С ВАМИ СВЯЗАТЬСЯ**

Адрес электронной почты	
Номер телефона	
Контактный адрес <i>Улица/номер дома, квартиры/город/ посёлок/хутор/приход/округ/почтовый индекс</i>	

**ИЗВЕЩЕНИЕ О РЕШЕНИИ И/ ИЛИ КАРТУ ЛИЦА С НЕДОСТАТКОМ ЗДОРОВЬЯ ЖЕЛАЮ ПОЛУЧИТЬ:**

<b>Желаю получить решения:</b> <i>(пожалуйста, отметьте крестиком (X) только один вариант из перечня возможных способов доставки)</i>	
<input type="checkbox"/> по электронной почте <i>(для открытия документа в формате pdf, содержащегося в приложении к электронному письму, необходима программа Acrobat Reader или подобное программное обеспечение)</i>	
<input type="checkbox"/> по электронной почте в криптованном виде <i>(содержащийся в приложении к электронному письму документ криптован, и для его открытия необходима ID-карта, считыватель ID-карты и программное обеспечение DigiDoc, а также программа Acrobat Reader или подобное программное обеспечение для открытия документа в формате pdf)</i>	
<input type="checkbox"/> простым письмом <i>(документ и извещение будут доставлены Вам в почтовый ящик по контактному адресу)</i>	
<input type="checkbox"/> заказным письмом <i>(Документ и извещение будут доставлены Вам курьером по контактному адресу и выданы под Вашу подпись. В случае, если это не является возможным, документы будут переданы в почтовое отделение.)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Ходатайствую о карте лица с недостатком здоровья</b>	<input type="checkbox"/> <b>Не ходатайствую о карте лица с недостатком здоровья</b>
<b>При ходатайстве о карте лица с недостатком здоровья укажите как желаете её получить:</b>	
<input type="checkbox"/> в бюро обслуживания клиентов Департамента Социального Страхования <i>(в каком городе?)</i>	
<input type="checkbox"/> простым письмом <i>(документ и извещение будут доставлены Вам в почтовый ящик по контактному адресу)</i>	
<input type="checkbox"/> заказным письмом <i>(Документ и извещение будут доставлены Вам курьером по контактному адресу и выданы под Вашу подпись. В случае, если это не является возможным, документы будут переданы в почтовое отделение.)</i>	

## СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ РЕБЁНКА С НЕДОСТАТКОМ ЗДОРОВЬЯ ЖЕЛАЮ ПОЛУЧАТЬ НА

Номер расчётного счёта	
Имя и фамилия владельца расчётного счёта	
Личный код владельца расчётного счёта	

### II СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

**Перечислите причины, по которым ходатайствуете о назначении ребёнку степени тяжести недостатка здоровья.**

*Опишите при каких действиях Ваш ребёнок нуждается в дополнительной помощи по сравнению с его сверстниками. Если ребёнок пользуется вспомогательными средствами для передвижения, общения и др., перечислите какими, при каких обстоятельствах и как часто. Если ребёнок получает какие-либо опорные услуги, перечислите какие и как часто.*


### III ЛЕЧАЩИЕ ВРАЧИ И ДРУГИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ

*Семейный врач и/или основной лечащий врач, имеющий данные о расстройствах здоровья ребёнка, которые необходимы для определения степени тяжести недостатка здоровья. При желании укажите контакты тех специалистов, которые могут предоставить дополнительные данные об особых потребностях ребёнка, вызванных его состоянием здоровья.*

<b>Семейный врач</b>	Имя и фамилия	
	Место работы	
<b>Врач-специалист</b>	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
<b>Врач-специалист</b>	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
<b>Социальный работник</b>	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
<b>Другой специалист (пожалуйста уточните)</b>	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
<b>Другой специалист (пожалуйста уточните)</b>	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	

**ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ХОДАТАЙСТВА НАМ НЕОБХОДИМЫ ВАШЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ДАННЫХ**

Подтверждаю достоверность предоставленных данных.

Соглашаюсь с обработкой деликатных персональных данных ребёнка (в т.ч. предоставление данных ребёнка третьим лицам), а также просмотром данных о здоровье ребёнка, содержащихся в инфосистеме здоровья, если это необходимо для определения степени тяжести недостатка здоровья ребёнка.

В случае определения у ребёнка степени тяжести недостатка здоровья, Департамент Социального Страхования передаст данные, в которых будут указаны имя, личный код, вид и степень недостатка здоровья ребёнка, а также контактные данные представителя, местному самоуправлению по регистрационному адресу проживания ребёнка. Целью передачи данных является упрощение информирования семей с детьми с ограниченными возможностями о получении помощи и различных опорных услуг от местного самоуправления.

*\* С данными о здоровье ребёнка можно ознакомиться на портале пациентов по адресу [www.etervis.ee](http://www.etervis.ee) при входе с ID-картой.*

Дата заполнения ходатайства	Подпись ходатая
-----------------------------	-----------------