

**ХОДАТАЙСТВО ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ
ЛИЦА В ВОЗРАСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ**

I ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

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

ДАННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ *(при наличии законного представителя)*

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/ЛИ КАРТУ ЛИЦА С НЕДОСТАТКОМ ЗДОРОВЬЯ ЖЕЛАЮ
ПОЛУЧИТЬ**

Желаю получить решения: <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"/> Ходатайствую о карте лица с недостатком здоровья	<input type="checkbox"/> Не ходатайствую о карте лица с недостатком здоровья
При ходатайстве о карте лица с недостатком здоровья укажите как желаете её получить:	
<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 ЛИЦА 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 степени тяжести недостатка здоровья. *Опишите при каких действиях Вы нуждаетесь в дополнительной помощи по сравнению со сверстниками. Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами для передвижения, общения и др., перечислите какими, при каких обстоятельствах и как часто. Если Вы получаете 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 Вашего здоровья, которые необходимы для определения степени тяжести недостатка здоровья. При желании укажите контакты тех специалистов, которые могут предоставить дополнительные данные о Ваших особых потребностях, вызванных Вашим состоянием здоровья.

Семейный врач	Имя и фамилия	
	Место работы	
Врач-специалист	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
Врач-специалист	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
Социальный работник	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
Другой специалист (пожалуйста уточните)	Имя и фамилия	
	Место работы/специализация	
Другой специалист (пожалуйста уточните)	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 (в т.ч. предоставление данных третьим лицам), а также просмотром данных о здоровье, содержащихся в инфосистеме здоровья, если это необходимо для определения степени тяжести недостатка здоровья.

* С данными о здоровье можно ознакомиться на портале пациентов по адресу www.etervis.ee при входе с ID-картой.

Дата заполнения ходатайства	Подпись ходатайствующего/ходатая
-----------------------------	----------------------------------