

ХОДАТАЙСТВО ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ РЕБЁНКА

I ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ДАННЫЕ РЕБЁНКА

Имя и фамилия	
Личный код/дата рождения (при отсутствии личного кода)	

ДАННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

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

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ, ПО КОТОРЫМ МОЖНО С ВАМИ БЫСТРО СВЯЗАТЬСЯ

Адрес электронной почты	
Номер телефона	

СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ ЛИЦА С НЕДОСТАТКОМ ЗДОРОВЬЯ ЖЕЛАЮ ПОЛУЧАТЬ:

<input type="checkbox"/> на расчётный счёт ребёнка нр	
<input type="checkbox"/> на расчётный счёт другого лица нр	
Имя и фамилия другого лица	
Личный код другого лица	

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

Если известен адрес Вашей электронной почты, решение будет отправлено на этот адрес.

<i>Если адрес электронной почты у Вас отсутствует, выберите один вариант из нижеперечисленных и отметьте его X-ом.</i>	
<input type="checkbox"/> в бюро обслуживания клиентов (в каком городе?):	
<input type="checkbox"/> простым письмом по адресу:	

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.

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	

Я ОСВЕДОМЛЕН(А):

О достоверности предоставленных данных и соглашаюсь с обработкой персональных данных и деликатных персональных данных ребёнка (в т.ч. содержащиеся в Инфосистеме здоровья* данные), включая предоставление данных третьим лицам, 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 и ориентирования в них (LasteKS § 27).

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

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