

**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/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 ходатайствующего 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 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	

Я ОСВЕДОМЛЕН(А):

О достоверности предоставленных данных и соглашаюсь с обработкой персональных данных и деликатных персональных данных (в т.ч. содержащиеся в Инфосистеме здоровья* данные), включая предоставление данных третьим лицам, 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
-----------------------------	----------------------------------