

**ХОДАТАЙСТВО ОБ УСЛУГЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

(ходатайство о перенятии государством обязательства оплачивать плату за услугу реабилитации)

**Данные ЗАЯВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВА** (лицо, о котором подается ходатайство):

Имя			
Фамилия			
Личный код			
Почтовый адрес			
	<i>(уезд (провинция), город / волость)</i>	<i>(улица / деревня, № дома и квартиры)</i>	<i>(почтовый индекс)</i>
Контактный телефон			
Адрес электронной почты			

**Данные ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ** заявителя ходатайства:

Законным представителем является:	родитель ребенка младше 18 лет		
	опекун		
Юридическое наименование и почтовый адрес (если опекун является юридическим лицом):			
Имя			
Фамилия			
Личный код			
Почтовый адрес			
	<i>(уезд (провинция), город / волость)</i>	<i>(улица / деревня, № дома и квартиры)</i>	<i>(почтовый индекс)</i>
Контактный телефон			
Адрес электронной почты			

**ПРОШУ ГОСУДАРСТВО ПЕРЕНЯТЬ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ОПЛАЧИВАТЬ ПЛАТУ ЗА ОКАЗЫВАЕМУЮ МНЕ УСЛУГУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ****К ходатайству прилагаются следующие документы** (необходимо отметить в перечне крестиком (X)):

<input type="checkbox"/>	копия документа, удостоверяющего право представительства законного представителя лица
<input type="checkbox"/>	врачебная справка
<input type="checkbox"/>	иное (указать: например, доверенность)
<input type="checkbox"/>	

**Отправляемые мне документы и сообщения я могу получать** (необходимо отметить в перечне крестиком (X) один вариант):

<input type="checkbox"/>	<b>на государственном портале eesti.ee</b>
<input type="checkbox"/>	<b>по электронной почте в адрес заявителя ходатайства<sup>1</sup></b> (для открытия документа в формате PDF, прилагаемого к электронному письму, необходимо программное обеспечение Acrobat Reader и т. п.)
<input type="checkbox"/>	<b>по электронной почте в адрес представителя<sup>1</sup> заявителя ходатайства</b> (для открытия документа в формате PDF, прилагаемого к электронному письму, необходимо программное обеспечение Acrobat Reader и т. п.)
<input type="checkbox"/>	<b>по электронной почте в адрес заявителя ходатайства в зашифрованном виде</b> (документ, прилагаемый к электронному письму, зашифрован, и для его открытия необходимы ID-карта, считыватель ID-карты и программное обеспечение DigiDoc, а также необходимо программное обеспечение Acrobat Reader и т. п. для открытия документа в формате PDF)
<input type="checkbox"/>	<b>по электронной почте в адрес представителя заявителя ходатайства в зашифрованном виде</b> (документ, прилагаемый к электронному письму, зашифрован, и для его открытия необходимы ID-карта, считыватель ID-карты и программное обеспечение DigiDoc, а также необходимо программное обеспечение Acrobat Reader и т. п. для открытия документа в формате PDF)
<input type="checkbox"/>	<b>по почте обычным письмом в адрес заявителя ходатайства<sup>2</sup></b> (простое письмо будет отправлено в ваш почтовый ящик)
<input type="checkbox"/>	<b>по почте обычным письмом в адрес представителя<sup>2</sup> заявителя ходатайства</b> (простое письмо будет отправлено в ваш почтовый ящик)
<input type="checkbox"/>	<b>по почте заказным письмом в адрес заявителя ходатайства</b> (заказное письмо выдается вам по месту жительства или в почтовом отделении, соответствующем месту жительства)
<input type="checkbox"/>	<b>по почте заказным письмом в адрес представителя заявителя ходатайства</b> (заказное письмо выдается в ам по месту жительства или в почтовом отделении, соответствующем месту жительства)

	<b>В отделе обслуживания клиентов Департамента социального страхования по адресу:</b>
	желаю получить предварительное уведомление о том, что можно прийти за решением:
	- по электронной почте
	- по телефону

**подавая ходатайство, я подтверждаю**, что представленные данные верны.

Мне известно и я согласен / согласна, что Департамент социального страхования использует для оценки потребности в услуге социальной реабилитации мои персональные данные конфиденциального характера, которыми являются данные о моем здоровье, недостатке здоровья и трудоспособности, а также диагнозы, служащие основанием для оценки недостатка здоровья / трудоспособности, и передает указанные данные поставщику услуги социальной реабилитации, который использует их по мере необходимости для составления плана социальной реабилитации и для оказания услуг социальной реабилитации.

<i>(дата)</i>	<i>(имя и фамилия)</i>	<i>(подпись)</i>

<sup>1</sup> Незашифрованный документ передается вам в открытом виде, а это означает, что любой, кому предоставлен доступ к вашему адресу электронной почты, может ознакомиться с его содержанием. Департамент социального страхования не может гарантировать безопасность и конфиденциальность передаваемых данных).

<sup>2</sup> В случае отправки простым письмом Департамент социального страхования не может гарантировать, что передаваемые данные придут по назначению.