

## ХОДАТАЙСТВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА В ОСОБОМ ПОРЯДКЕ

В обоснованных случаях можно подать заявление на приобретение вспомогательных средств в особом порядке. Для этого заполните нижеприведенную форму и приложите справку о вспомогательном средстве, а также, при необходимости, ценовые предложения. (Подробнее прочтите здесь: <https://bit.ly/3QMT7JA>)

### 1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ (ЛИЦО, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОГО ПОДАЁТСЯ ХОДАТАЙСТВО):

*NB!* Предоставьте здесь свои действительные контактные данные, по которым Департамент социального страхования может с Вами связаться для общения в рамках услуг и по возникшим вопросам.

|  |   |   |
|--|---|---|
| Имя  |   |   |
| Фамилия  |   |   |
| Личный код (в случае отсутствия - дату рождения) |   |   |
| Адрес электронной почты                          |   |   |
| Контактный телефон                               |   |   |
| Почтовый адрес                                   |   | (улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс) |
| <input type="checkbox"/>                         | Нахожусь в учреждении социального обеспечения | в каком? <input type="text"/>           |
| <input type="checkbox"/>                         | Нахожусь в учреждении закрытого типа          | в каком? <input type="text"/>           |
| <input type="checkbox"/>                         | Учусь в школе за границей                     | в какой? <input type="text"/>           |

*NB!* Если у вас есть законный представитель или представитель на основании доверенности, пожалуйста, заполните данные представителя. В случае представительства на основании доверенности, просим приложить к заявлению доверенность. (Посмотреть образец доверенности можно здесь: <https://bit.ly/3dvt2an>)

### 2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

|                         |                          |  |
|-------------------------|--------------------------|--|
| Имя                     |                          |  |
| Фамилия                 |                          |  |
| Личный код              |                          |  |
| Адрес электронной почты |                          |  |
| Контактный телефон      |                          |  |
| Почтовый адрес          |                          | (улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)                                      |
| Представитель           | <input type="checkbox"/> | опекун на основании постановления суда                                       |
|                         | <input type="checkbox"/> | родитель ребенка до 18 лет   |
|                         | <input type="checkbox"/> | представитель на основании доверенности ( <i>NB!</i> Приложить доверенность) |

### 3. ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО, О КОТОРОМ ХОДАТАЙСТВУЕТЕ:

|                                      |
|--------------------------------------|
| (Название вспомогательного средства) |
|--------------------------------------|

#### 4. ПОЯСНЕНИЯ, ОБОСНОВАНИЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ):

Пожалуйста, объясните Вашу потребность в свободной форме.  
(Почему нужна именно в этом вспомогательном средстве? Каковы цели его использования?)

#### 5. СПОСОБ УВЕДОМЛЕНИЯ О РЕШЕНИИ

Ваше решение будет автоматически отправлено в самообслуживание Департамента социального страхования, где вы сможете ознакомиться с ним в любое время. Если у нас есть Ваш адрес электронной почты, Вы также получите уведомление о поступлении решения на этот адрес. При необходимости укажите свой действующий адрес электронной почты в разделе "Данные заявителя".

Ознакомлюсь с решением через среду самообслуживания Департамента социального страхования

(В среду самообслуживания можете войти с помощью ID-карты, Mobiil-ID и Smart-ID.)

Если Вы убеждены, что не сможете ознакомиться с документом через среду самообслуживания, в таком случае выберите другой подходящий для Вас способ узнать о решении:

(Выберите один из вариантов)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>Простым письмом на адрес заявителя</b><br/>NB! В случае уведомления простым письмом оно считается доставленным, если с момента его отправки в пределах Эстонии прошло 5 календарных дней или с момента отправки за границу — 30 календарных дней, даже если письмо фактически не было получено.<br/>Если желаете, чтобы решение было отправлено на почтовый адрес, <u>отличного от контактных данных</u>, укажите его здесь:</p> <p>(улица, номер дома и квартиры) (город/посёлок) (уезд) (индекс)</p> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>Простым письмом на адрес представителя заявителя</b><br/>NB! В случае уведомления простым письмом оно считается доставленным, если с момента его отправки в пределах Эстонии прошло 5 календарных дней или с момента отправки за границу — 30 календарных дней, даже если письмо фактически не было получено.</p>  |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>На адрес электронной почты заявителя</b><br/>NB! Документ передается в незашифрованном виде, Департамент социального страхования не может гарантировать безопасность и конфиденциальность передаваемых данных.<br/>Если желаете, чтобы решение было отправлено на адрес электронной почты, <u>отличный от контактных данных</u>, укажите его здесь:<br/>адрес электронной почты:</p>   |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>На адрес электронной почты представителя заявителя</b><br/>NB! Документ передается в незашифрованном виде, Департамент социального страхования не может гарантировать безопасность и конфиденциальность передаваемых данных.</p>   |

6. ИЗВЕЩЕН(-А) и СОГЛАСЕН(-НА), что:

- Департамент социального страхования выносит решение в течение 30 календарных дней со дня получения всех необходимых документов. В случае непредоставления всех запрошенных и необходимых документов Департамент социального страхования имеет право не рассматривать ходатайство;
- при необходимости Департамент социального страхования свяжется с заявителем и/или его представителем для получения дополнительной информации, ознакомится со средой деятельности заявителя и может привлечь к принятию решения экспертов;
- при рассмотрении ходатайства Департамент социального страхования использует персональные данные заявителя, данные о недостатке здоровья и трудоспособности, и может передать эти данные экспертам для получения от них оценки.

7. СОГЛАСЕН(-НА), что:

*При рассмотрении ходатайства Департамент социального страхования использует также данные о здоровье заявителя, в том числе данные, полученные из инфосистемы э-здоровья, и предоставляет при необходимости указанные данные экспертам для получения оценки.*

*Согласие можно отозвать в любое время, сообщив об этом [info@sotsiaalkindlustusamet.ee](mailto:info@sotsiaalkindlustusamet.ee) или по телефону 612 1360*

Согласен(-на) с тем, что Департамент социального страхования при рассмотрении моего ходатайства использует вышеупомянутые данные из инфосистемы э-здоровья.

Не согласен(-на) с использованием данных из инфосистемы э-здоровья Департаментом социального страхования и представляю необходимые данные сам(-а).

6. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

|  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| . . 20 г.  | Подпись заявителя ходатайства:   |  |
|  | Подпись законного представителя: |  |
| <i>Ходатайство, отправленное в электронном виде, должно быть подписано электронно-цифровой подписью заявителя или его представителя.</i> |                                  |  |