

ХОДАТАЙСТВО О ПОЛУЧЕНИИ УСЛУГ СПЕЦИАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Пожалуйста, добавьте здесь свои актуальные и действительные контактные данные, через которые Департамент социального страхования также сможет связаться с вами по всем услугам и вопросам..

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)

2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВА:

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 (NB! Приложить доверенность)

ПРОШУ ОКАЗЫВАТЬ МНЕ УСЛУГУ СПЕЦИАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

3. ЖЕЛАЮ ПОЛУЧАТЬ УСЛУГУ:

Наименование предпочтительного поставщика услуги:	
Предпочтительный уезд оказания услуги:	
Адрес места деятельности поставщика услуги:	
Желаю начать получать услугу:	<input type="checkbox"/> При первой возможности
	<input type="checkbox"/> Начиная с конкретной даты
Дата, с которой желаю начать получать услугу:	

4. ОТПРАВЛЯЕМЫЕ МНЕ ДОКУМЕНТЫ И СООБЩЕНИЯ Я МОГУ ПОЛУЧАТЬ

<input type="checkbox"/>	в незашифрованном виде на адрес электронной почты (отправим решение на адрес электронной почты, указанный в ваших личных контактных данных)
<input type="checkbox"/>	по электронной почте в зашифрованном виде (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"/>	простым письмом (отправим решение на почтовый адрес, указанный в ваших личных контактных данных)
<input type="checkbox"/>	заказным письмом (отправим решение на почтовый адрес, указанный в ваших личных контактных данных. Если заказное письмо не удастся передать Вам в течение 3 рабочих дней, то Вам будет оставлено извещение и Вы сможете получить письмо в течение 15 календарных дней в почтовом отделении.)
<input type="checkbox"/>	Через среду самообслуживания Департамента социального страхования (уведомление о добавленном в среду самообслуживания решении будет отправлено на адрес электронной почты, указанный в ваших личных данных)
<input type="checkbox"/>	В отделе обслуживания клиентов Департамента социального страхования

5. СОГЛАСИЯ / ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

Подтверждаю достоверность представленных данных и соглашаюсь с тем, что Департамент социального страхования просматривает в Инфосистеме здоровья мои данные о диагнозе психического расстройства, использует их вместе с другими моими персональными данными, которыми, в частности, являются данные о моём здоровье, недостатке здоровья и трудоспособности, для определения правомерности оказания услуги специального социального обеспечения. Я осведомлен(а) о том, что Департамент социального страхования представляет названные данные поставщику услуги специального социального обеспечения согласно необходимости.

Подтверждаю своё желание получить возмещение недостающей части собственного участия для оплаты услуги специального социального обеспечения из госбюджета и осведомлен(а) о том, что Департамент социального страхования при направлении на получение услуги и во время оказания услуги контролирует мои доходы в инфосистеме Налогово-таможенного департамента в целях вычисления размера недостающей части собственного участия.

6. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

. . 20 г.	Подпись заявителя ходатайства:	
	Подпись законного представителя:	
<input type="checkbox"/>	Заявитель ходатайства или его законный представитель подписал заявление электронно-цифровой подписью	

Список мест работы поставщиков услуг по специальному уходу доступен на веб-сайте Совета социального страхования:

<https://sotsiaalkindlustusamet.ee/ru/teenuskohad>