

ЗАЯВЛЕНИЕ О СМЕНЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ (лицо, о котором подается заявление):

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

2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Наименование юридического лица; регистрационный код представителя заявителя ходатайства	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	<i>(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)</i>
Законным представителем является:	<input type="checkbox"/> опекун на основании постановления суда
	<input type="checkbox"/> родитель ребенка младше 18 лет
	<input type="checkbox"/> представитель на основании доверенности <i>(NB! Приложить доверенность)</i>

3. ПРИЧИНА СМЕНЫ УЧРЕЖДЕНИЯ:

--

4. УЧРЕЖДЕНИЕ, В КОТОРОЕ ВЫ ХОТИТЕ ПЕРЕЙТИ:

--

5. ПОЛУЧЕНИЕ РЕШЕНИЯ

<input type="checkbox"/>	По электронной почте (документ передается в незашифрованном виде, Департамент социального страхования не может гарантировать безопасность и конфиденциальность передаваемых Вам данных. Для открытия PDF-документа, прикрепленного к электронному письму, требуется Acrobat Reader или аналогичное программное обеспечение).
<input type="checkbox"/>	Зашифровано по электронной почте (документ, прикрепленный к электронному письму, зашифрован, и для его открытия вам потребуется ИД-карта, считыватель карты и программное обеспечение DigiDoc, а также Acrobat Reader или аналогичное программное обеспечение, чтобы открыть вложение в формате pdf).
<input type="checkbox"/>	По почте простым письмом (документ будет отправлен в почтовый ящик, Департамент социального страхования не может гарантировать доставку на место, безопасность и конфиденциальность передаваемых Вам 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"/>	На государственном портале www.eesti.ee
<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 - заберу сам (напишите населенный пункт, например Рапла)
Хочу получить уведомление, когда решение можно будет забрать	
<input type="checkbox"/>	По электронной почте
<input type="checkbox"/>	По телефону

6. Подавая ходатайство, я подтверждаю, что представленные данные верны.	
<input type="checkbox"/>	Я согласен/согласна с тем, что Департамент социального страхования передаст мои/моего подопечного персональные данные, указанные в моем предыдущем решении о направлении на услугу социальной реабилитации, включая данные о состоянии здоровья, новому выбранному мной поставщику услуг соци-альной реабилитации, который будет использовать их только с целью составления плана социальной реабилитации и предоставления услуг социальной реабилитации. Мне известно, что я могу отозвать свое согласие в любое время, сообщив об этом в письменной форме по адресу info@sotsiaalkindlustusamet.ee . Отзыв согласия не влияет на законность обработки данных, которая осуществлялась на основании действующего до этого момента согласия.

7. 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	