

ХОДАТАЙСТВО ОБ УСЛУГЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

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

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

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

2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Наименование юридического лица; регистрационный код представителя заявителя ходатайства	
Личный код	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)
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 (NB! Приложить доверенность)

ПРОШУ ГОСУДАРСТВО ПЕРЕНЯТЬ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ОПЛАЧИВАТЬ ПЛАТУ ЗА ОКАЗЫВАЕМУЮ МНЕ УСЛУГУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

3. К ходатайству прилагаются следующие документы

<input type="checkbox"/>	копия документа законного представителя, подтверждающая право представлять права лица (подопечного)
<input type="checkbox"/>	медицинская справка (выписка из истории болезни или медицинской карты) о наличии психического расстройства
<input type="checkbox"/>	иное (указать: например, доверенность)

4. 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

5. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ НАЛИЧИЯ ПРАВА НА УСЛУГУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ЛИЦОМ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА):	
<input type="checkbox"/>	я получаю досрочную пенсию по старости
<input type="checkbox"/>	я получаю пособие для сотрудника службы спасения, ожидающего пенсии по старости
<input type="checkbox"/>	я не зарегистрирован(-а) в качестве безработного; я не работаю, не зарегистрирован(-а) в качестве супруга физического лица – предпринимателя в Коммерческом регистре, не зарегистрирован(-а) в регистре налогоплательщиков в качестве супруга, участвующего в деятельности предприятия физического лица – предпринимателя; не получаю базового, общего среднего, профессионального или высшего образования
<input type="checkbox"/>	имею отсутствующую трудоспособность

6. МОЯ СПОСОБНОСТЬ СПРАВЛЯТЬСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ОЦЕНКИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ЛИЦОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 16 ЛЕТ И СТАРШЕ):	
<input type="checkbox"/>	улучшилась
<input type="checkbox"/>	ухудшилась
<input type="checkbox"/>	не изменилась
<input type="checkbox"/>	очень изменчива

7. МОЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПОМОЩИ, ПРИ ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТИ В УСЛУГЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕПАРТАМЕНТЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ЛИЦОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 16 ЛЕТ И СТАРШЕ)	
<input type="checkbox"/>	сопровождающий
<input type="checkbox"/>	опорное лицо
<input type="checkbox"/>	сурдопереводчик
<input type="checkbox"/>	иная помощь (описать):

8. ПОДАВАЯ ХОДАТАЙСТВО, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ ВЕРНЫ.	
<input type="checkbox"/>	Я согласен/согласна с тем, что Департамент социального страхования использует мои/моего подопечного специальные персональные данные для оценки потребности в услуге социальной реабилитации и определения права на получение услуги, которыми являются данные о здоровье, включая диагноз, инвалидность и трудоспособность.
<input type="checkbox"/>	Я согласен/согласна с тем, что Департамент социального страхования передает указанные данные поставщику услуг социальной реабилитации, который использует их только с целью составления плана действий/плана социальной реабилитации и предоставления услуги 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.

9. 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	