

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УПЛАТЕ СОЦИАЛЬНОГО НАЛОГА ГОСУДАРСТВОМ

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Личный код	
Адрес электронной почты <i>при наличии адреса электронной почты мы будем отправлять вам документы и извещения только в электронном виде</i>	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	<i>(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)</i>

2. ПОЖАЛУЙСТА УПЛАТИТЬ СОЦИАЛЬНЫЙ НАЛОГ ЗА МЕНЯ КАК:

<input type="checkbox"/>	супруга-иждивенца, который воспитывает не менее одного ребенка младше 8 лет или 8-летнего ребенка до окончания первого класса либо не менее трех детей младше 16 лет
<input type="checkbox"/>	родителя, опекуна или родителя попечительской семьи, воспитывающего ребенка младше 3 лет в Эстонии (не получающего в Эстонии семейных пособий)
<input type="checkbox"/>	родителя, опекуна или родителя попечительской семьи, воспитывающего 7 или более детей младше 19 лет в Эстонии (не получающего в Эстонии семейных пособий)
<input type="checkbox"/>	неработающего родителя, опекуна или родителя попечительской семьи, воспитывающего 3 или более детей младше 19 лет в Эстонии , при том условии, один ребенок младше 8 лет (не получающего в Эстонии семейных пособий)

3. ПОЛУЧЕНИЕ РЕШЕНИЯ

Выберите один из вариантов только в том случае, если у вас нет адреса электронной почты	
<input type="checkbox"/>	В отделе обслуживания клиентов - заберу сам (напишите населенный пункт, например Рапла)
<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.)

4. ЗНАЮ и ПОДТВЕРЖДАЮ, что:

- 1) об обязательстве уведомлять в письменной форме в течение 10 дней Департамент социального страхования об обстоятельствах, влияющих на уплату социального налога (трудоустройство в иностранном государстве, переезд на постоянное место жительства за пределами Эстонии)
- 2) что защита медицинского страхования возникает с момента внесения записи в базу данных медицинского страхования, и что Больничная касса имеет право внести запись в течение 5 дней с момента представления данных в Больничную кассу на основании решения Департамента социального страхования

5. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

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