

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ЖЕРТВЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

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

2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

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

3. ДАННЫЕ ЖЕРТВЫ НАСИЛЬСТВЕННОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ:

Имя	
Фамилия	
Личный код	

4. ДАННЫЕ О ПРЕСТУПЛЕНИИ:

Дата совершения преступления	
Место, где было совершено преступление	<i>(по возможности, указать более точное местоположение)</i>

5. ПРИЧИНА ПРЕБЫВАНИЯ ЗА РУБЕЖОМ В СЛУЧАЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СОВЕРШЕННОГО ЗА РУБЕЖОМ:

<input type="checkbox"/>	Учеба	<i>(название, адрес, контактный телефон учебного заведения)</i>
<input type="checkbox"/>	Рабочая или служебная командировка	<i>(название, адрес, контактный телефон учреждения)</i>
<input type="checkbox"/>	Другое	<i>(другой пункт назначения, адрес, контактный телефон)</i>

6. ПРОШУ ВОЗМЕСТИТЬ УЩЕРБ, ВОЗНИКШИЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАСИЛЬСТВЕННОГО ПРЕСТУПЛЕНИЯ:

а. Жертве преступления:

Вид документа		Уточняющая информация	
<input type="checkbox"/>	Ущерб, причиненный уменьшением дохода жертвы	Пожалуйста, укажите, если вы находились на больничном из-за преступления и компенсация, выплаченная работодателем и больничной кассой, не покрывает доход, полученный до совершения преступления.	Справка о выплаченной работодателем компенсации приложена к заявлению <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Расходы на лекарства		Чеки на расходы приложены к заявлению <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Расходы на лечение (включая плату за визит, оплату койко-дня, лечение зубов, реабилитационные процедуры)		Чеки на расходы приложены к заявлению <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Транспортные расходы	Пункт отправления и назначения поездки, обоснование цели поездки, транспортные расходы должны быть связаны с поездкой на лечение.	Чеки на расходы приложены к заявлению <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Расходы на вспомогательные средства (например, аренда инвалидной коляски)		Чеки на расходы приложены к заявлению <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Другие расходы, связанные с восстановлением здоровья		Чеки на расходы приложены к заявлению <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Ущерб, нанесенный очкам, зубным протезам, контактными линзами и другим вспомогательным средствам, поддерживающим функции тела, а также личным вещам жертвы.	<i>Мы выплатим компенсацию в размере действующей минимальной заработной платы без предоставления чеков, если об этом есть указание в справке следственного органа.</i>	<input type="checkbox"/> В случае, если расходы превышают минимальную заработную месячную плату; К заявлению прилагаются квитанции о расходах. <input type="checkbox"/>
--------------------------	---	--	---

b. Лицу, осуществляющему уход за жертвой:

<input type="checkbox"/>	Ущерб, причиненный утратой дохода лица, осуществляющего уход за жертвой		
<input type="checkbox"/>	Укажите, если вы находились на больничном из-за преступления и компенсация, выплачиваемая работодателем и больничной кассой, не покрывает доход		К заявлению прилагается подтверждение выплаты компенсации работодателем. <input type="checkbox"/>

c. Иждивенцу умершей жертвы преступления:

<input type="checkbox"/>	Ежемесячная компенсация в случае смерти потерпевшего		
	Имя иждивенца	Фамилия иждивенца	Личный код иждивенца

d. Лицу, понесшему расходы на похороны:

<input type="checkbox"/>	Расходы на похороны жертвы	<i>Мы возмещаем расходы на похороны в пределах минимальной заработной платы без чеков, но просим предоставить доказательства того, кто понес расходы.</i>	К заявке прилагается выписка со счета или счет-фактура. <input type="checkbox"/>
--------------------------	----------------------------	---	---

<input type="checkbox"/>	Подан гражданский иск (название суда)	<input type="checkbox"/> Гражданский иск не подан
	(сумма гражданского иска)	

7. ВОЗМЕЩЕНИЕ УЩЕРБА ИЗ ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ:

(кроме компенсаций, пособий и пенсий, выплачиваемых Департаментом социального страхования)

Кто компенсировал	Вид компенсации	Сумма компенсации	Справка о получении компенсации
<input type="checkbox"/> Работодатель (<i>имя работодателя</i>)	Компенсация временной нетрудоспособности	евро	К заявлению прилагается справка от работодателя <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Страховое общество (<i>название страхового общества</i>)	(<i>компенсация, которую заплатило страховое общество</i>)	евро	К заявлению прилагается подтверждение выплаты компенсации (выписка со счета, решение страховой компании о назначении компенсации). <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Человек, совершивший преступление	(<i>уточните, какие расходы компенсировали</i>)	евро	Выписка со счета прилагается к заявлению <input type="checkbox"/>

8. ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ КОМПЕНСАЦИЮ:

НА СЧЕТ В ЭСТОНСКОМ БАНКЕ

Если вы предоставили в Департамент социального страхования разные номера счетов: все компенсации и пособия будут выплачиваться на последний предоставленный счет (за исключением выплат, связанных с решением суда).

<input type="checkbox"/>	Название банка:	Номер расчетного счета:	
	Имя и фамилия владельца расчетного счета (заполнить только в том случае, если это не ваш расчетный счет и Вы желаете получать компенсацию/пособие на счет другого лица)		
	Личный код владельца расчетного счета (заполнить только в том случае, если это не ваш)		

расчетный счет)	
Номер ссылки расчетного счета (заполнить в том случае, если желаете получать назначенные вам компенсацию/пособие на банковский счет юридического лица)	
Обратите внимание! Если желаете, чтобы пособие/компенсация выплачивались на банковский счет другого лица, необходимо либо подписать заявление электронно-цифровой подписью (дигитально), либо нотариально заверить или предоставить заявление в отделе обслуживания клиентов Департамента социального страхования.	

НА СЧЕТ В ИНОСТРАННОМ БАНКЕ

Если вы желаете получать пенсию на счет в иностранном банке, то владельцем счета должен быть получатель компенсации/пособия, то есть предоставить банковский счет другого лица нельзя. В случае совместного использования банковского счета имя владельца счета, указанного в заявлении, должно совпадать с именем владельца счета в банке.

Имя владельца счета в иностранном банке	
Личный код владельца счета в иностранном банке	
Номер расчетного счета в иностранном банке	
Код BIC/SWIFT расчетного счета иностранного банка	
Название иностранного банка	
Адрес иностранного банка	
Обратите внимание! Если желаете, чтобы Ваше пособие или компенсация выплачивались на совместно используемый банковский счет, необходимо решить, кто будет назначен владельцем счета, поскольку у банковского счета может быть только один владелец.	

9. ЗНАЮ и ПОДТВЕРЖДАЮ, что:

- 1) подписывая настоящее заявление, я обязуюсь известить Департамент социального страхования об обстоятельствах, требующих изменения размера компенсации. Также я обязуюсь вернуть любые суммы, выплаченные в качестве компенсации, которые я получу от преступника, гражданского ответчика, страховки или любого другого источника после присуждения компенсации;
- 2) данные, указанные в настоящем заявлении и приложенных к нему документах, верны;
- 3) даю разрешение Департаменту социального страхования получить дополнительные документы, необходимые для назначения компенсации, и при необходимости проверить правильность предоставленных документов;
- 4) срок представления недостающих документов – три месяца со дня получения соответствующего уведомления. Если я не подаю недостающие документы в течение трех месяцев, я знаю, что Департамент социального страхования может принять решение на основании имеющихся данных.

<input type="checkbox"/> Я согласен, что: Мои персональные данные (включая данные, содержащиеся в информационной системе здравоохранения*) обрабатываются в объеме, необходимом для выявления обстоятельств, лежащих в основе определения компенсации, выплаты компенсации или осуществления других действий, вытекающих из заявления.	
С данными о своем здоровье можно ознакомиться на портале для пациентов www.tervisportaal.ee .	С данными о своем здоровье можно ознакомиться на портале для пациентов www.tervisportaal.ee .

10. ПОЛУЧЕНИЕ РЕШЕНИЯ:

Мы вынесем Вам решение о назначении компенсации. Укажите, каким образом вы хотели бы получить решение:		
<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"/>	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"/>	Заказным письмом на другой почтовый адрес (заполняйте только в том случае, если вы хотите, чтобы решение было доставлено на адрес, отличный от вашего почтового адреса.)	(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)

11. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:

. 20 а	Подпись заявителя:	
	Подпись законного представителя:	
<input type="checkbox"/>	Заявитель или законный представитель заявителя подписал заявление дигитально.	
<input type="checkbox"/>	К заявлению прилагается доверенность, если вы не являетесь законным представителем	