

## ХОДАТАЙСТВО ОБ УСЛУГЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

(ходатайство о перенятии государством обязательства оплачивать плату за социальную реабилитацию)

### 1. ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ (лицо, от имени которого подается заявление):

Имя	
Фамилия	
Личный код (в случае отсутствия, дата рождения)	
Адрес электронной почты	
Контактный телефон	
Почтовый адрес	(улица) (город/посёлок) (уезд) (индекс)

### 2. ДАННЫЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

Имя	
Фамилия	
Наименование юридического лица или регистрационный код (при необходимости)	
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"/> представитель на основании доверенности (NB! Приложить доверенность)
	<input type="checkbox"/> родитель ребенка младше 18 лет

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"/>	другое (указать: например, доверенность)

### 4. СПОСОБ УВЕДОМЛЕНИЯ О РЕШЕНИИ

<input type="checkbox"/>	<b>По электронной почте</b> (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"/>	<b>В зашифрованном виде по электронной почте</b> (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"/>	<b>По почте простым письмом</b> (документ будет отправлен в почтовый ящик, Департамент социального страхования не может гарантировать доставку на место, безопасность и конфиденциальность передаваемых Вам данных.)
<input type="checkbox"/>	<b>Заказным письмом</b> (отправим решение на почтовый адрес, указанный в Ваших личных контактных данных. Если заказное письмо не будет доставлено 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"/>	<b>На государственном портале <a href="http://www.eesti.ee">www.eesti.ee</a></b>
<input type="checkbox"/>	<b>Через среду самообслуживания Департамента социального страхования</b> (уведомление о добавленном в среду самообслуживания решении будет отправлено на адрес электронной почты, указанный в Ваших личных данных)
<input type="checkbox"/>	<b>В отделе обслуживания клиентов - заберу сам</b> (напишите населенный пункт, например Рапла)
Хочу получить уведомление, когда решение можно будет забрать	
<input type="checkbox"/>	По электронной почте
<input type="checkbox"/>	По телефону

<b>5. ПОДАВАЯ ХОДАТАЙСТВО, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ ВЕРНЫ</b>	
<input type="checkbox"/>	Я согласен/согласна с тем, что Департамент социального страхования использует специальные личные данные моего ребенка/опекуна/моего доверенного лица, которые представляют собой данные о здоровье, включая диагноз, инвалидность и трудоспособность, для оценки потребности в услугах социальной реабилитации и определения права на получение услуги
<input type="checkbox"/>	Я согласен/согласна с тем, что Департамент социального страхования передаст указанные данные поставщику услуг социальной 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 <a href="mailto:info@sotsiaalkindlustusamet.ee">info@sotsiaalkindlustusamet.ee</a> . Отзыв согласия не влияет на законность обработки данных, которая осуществлялась на основании действующего до этого момента согласия.

**6. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ И ПОДПИСЬ:**

Дата подачи заявки	Имя и фамилия заявителя ходатайства:	
. . 20 г.	Подпись заявителя ходатайства:	
<input type="checkbox"/>	Ходатайство, отправленное в электронном виде, должно быть подписано электронно-цифровой подписью заявителя или его законного представителя.	