

**Eesti Töötukassa**  
**Sotsiaalkindlustusamet**

Ходатайство об оценке трудоспособности/установлении  
степени недостатка здоровья

Ходатайство о пособиях на трудоспособность

Ходатайство о социальном пособии и карте для человека с  
недостатком здоровья

**Формы ходатайства об оценке трудоспособности/ установлении степени недостатка здоровья, ходатайства о пособии на трудоспособность и ходатайства о социальном пособии и карте для человека с недостатком здоровья на русском языке предназначены для того, чтобы упростить процедуру подачи ходатайств. Все предоставленные в ходатайствах данные будут переведены на эстонский язык и занесены в инфо-систему, все решения по представленным ходатайствам выносятся и предоставляются на эстонском языке.**

# Содержание

<b>ХОДАТАЙСТВО ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ / УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>5</b>
<b>I ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ</b>	<b>5</b>
1.1. Данные ходатайствующего	5
1.2. Способ получения решения об оценке трудопособности	10
1.3. Способ получения решения об установлении степени недостатка здоровья	11
1.4. Врачи и другие специалисты	13
1.5. Образование ходатайствующего	16
1.6. Трудовая занятость ходатайствующего	18
<b>II СОСТОЯНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ</b>	<b>19</b>
2.1. Имеется ли / диагностировано ли у Вас какое-либо из нижеперечисленных состояний?	19
2.2. Если в пункте 2.1, при ответе о состоянии, исключающем трудоспособность, Вы отметили ДА и не желаете дальше заполнять опросник, то подпишите ходатайство	21
<b>III ОПЫТ РАБОТЫ</b>	<b>22</b>
3.1. Опыт работы ходатайствующего	22
3.2. Работающий ходатайствующий	23
3.3. Неработающий ходатайствующий	25

<b>IV</b>	<b>ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, ПОСТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДРУГИЕ УСЛУГИ</b>	<b>26</b>
<b>V</b>	<b>ФИЗИЧЕСКИЕ И УМСТВЕННЫЕ СПОСОБНОСТИ</b>	<b>31</b>
1.	Передвижение	33
2.	Движение рук	40
3.	Общение: зрение, слух, речь	45
4.	Нахождение в сознании и уход за собой	50
5.	Обучаемость и выполнение действий	56
6.	Адаптация к изменениям и восприятие опасности	61
7.	Общение и отношения с людьми	67
8.	Воздействие алкоголя, наркотических, психотропных и других веществ и лекарств, вызывающих зависимость	70
9.	Другие нарушения здоровья	72
10.	Дополнительная информация	73
	<b>ХОДАТАЙСТВО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ</b>	<b>75</b>
	<b>ХОДАТАЙСТВО О СОЦИАЛЬНОМ ПОСОБИИ И КАРТЕ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА С НЕДОСТАТКОМ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>86</b>

# ХОДАТАЙСТВО ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ / УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ

В каждом вопросе отметьте подходящий вариант ответа крестиком (x).

## I ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

### 1.1. ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

Имя: .....	
Фамилия: .....	
Личный код: ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _	
Если у Вас нет эстонского личного кода, укажите дату рождения: ____ . ____ . _____	
и пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Адрес э-почты: ..... .....	Телефон: ..... Если по причине стойкого нарушения речи или слуха Вы не можете общаться по телефону, то уточните, как и через кого можно с Вами связаться: ..... .....
Почтовый адрес: .....	

Проживающий в Эстонии гражданин Эстонии, или проживающий в Эстонии на основании вида на жительство или права на проживание иностранец, **место жительства которого находится в нескольких государствах**, имеет право на оценку трудоспособности и пособие на трудоспособность, если он является резидентом в понятии § 6 п 1 Закона о подоходном налоге или если он постоянно проживает в Эстонии в понятии Закона об иностранцах.

Если Ваше **место жительства находится в нескольких государствах**, то подтвердите:

<p><b>Моё место жительства находится в нескольких государствах</b> Если Вы ответили «да», то ответьте также на нижеприведённые вопросы</p>	<p><b>ДА</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>Я зарегистрирован в Налогово-таможенном департаменте в качестве резидента Эстонии в понятии Закона о подоходном налоге, мое место жительства находится в Эстонии, или я нахожусь в Эстонии не менее 183 дней в течение 12 календарных месяцев подряд.</p>	<p><b>ДА</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>Я постоянно проживаю в Эстонии в понятии Закона об иностранцах</p> <p>Предоставьте данные о периоде проживания в Эстонии.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>ДА</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/></p>

**Если Вы проживаете/работаете или проживали/работали за границей, то укажите иностранное государство, где Вы проживаете/работаете или проживали/работали**

Государство	Период

### **ДАННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО**

Если ходатайствующий является лицом с ограниченной дееспособностью, или его возраст 16 – 18 лет, или он поручил другому лицу действовать по доверенности вместо себя, то укажите данные родителя, опекуна или уполномоченного представителя.

Опекун/родитель  Уполномоченный представитель

Имя/название: .....	
Фамилия: .....	
Личный код: _____	
Адрес э-почты: .....	Телефон: .....
Адрес: .....	

Если представителем ходатайствующего является юридическое лицо, то заполните данные уполномоченного представителя юридического лица

Имя: .....	
Фамилия: .....	
Личный код: _ _ _ _ _	
Адрес э-почты: .....	Телефон: .....
Адрес: .....	

Если за ходатайствующего или его представителя этот опросник заполнил кто-то другой, то укажите данные лица, заполнившего опросник.

- Работник кассы по безработице
- Работник Департамента социального страхования
- Член семьи
- Близкий человек
- Социальный работник
- Кто-то другой, уточните: .....

Имя: .....	
Фамилия: .....	
Адрес э-почты: .....	Телефон: .....



Обоснуйте, почему Вы заполняете опросник за ходатайствующего или его представителя.

.....

.....

.....

.....

.....

**ХОДАТАЙСТВУЮ ОБ ОЦЕНКЕ:**

<input type="checkbox"/>	Для оценки трудоспособности
<input type="checkbox"/>	Для установления степени недостатка здоровья
<input type="checkbox"/>	Оценка трудоспособности на основании других законов: .....

## 1.2. СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

<b>РЕШЕНИЕ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАТЬ</b>	
Ходатайствующему <input type="checkbox"/> Опекуну/родителю <input type="checkbox"/>	
Уполномоченному представителю <input type="checkbox"/>	
Отметьте крестиком (x) <b>только один</b> вариант из перечня возможных способов получения решения.	
<input type="checkbox"/>	<b>По э-почте</b> (для того чтобы открыть приложенный к письму документ в формате DigiDoc, в Вашем компьютере должно быть установлено программное обеспечение DigiDoc, чтобы открыть документ в формате PDF – Acrobat Reader или другая подобная программа)
<input type="checkbox"/>	<b>Заказным письмом</b> (заказное письмо выдается по месту жительства или в почтовом отделении по месту жительства)
<input type="checkbox"/>	<b>В представительстве кассы по безработице</b> Желаю получить уведомление о том, что можно прийти за решением:  по э-почте <input type="checkbox"/> по телефону <input type="checkbox"/>

Несмотря на выбранный способ, решение об оценке трудоспособности также всегда будет доступно для Вас на портале самообслуживания кассы по безработице [www.tootukassa.ee](http://www.tootukassa.ee).

**В какое представительство кассы по безработице Вы желаете обратиться в случае возникновения проблем и вопросов?**

.....

### **1.3. СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ РЕШЕНИЯ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ**

#### **РЕШЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕЛАЮ ПОЛУЧИТЬ**

Отметьте крестиком (x) **только один** вариант из перечня возможных способов получения решения:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>По э-почте<sup>1</sup></b><br>(для того чтобы открыть приложенный к письму документ в формате PDF, в Вашем компьютере должна быть установлена программа Acrobat Reader или другая подобная программа)   |
| <input type="checkbox"/> | <b>По э-почте в зашифрованном виде</b><br>(приложенный к письму документ зашифрован, и для того чтобы его открыть необходимы ID-карта, устройство считывания ID-карты и программа DigiDoc, а также Acrobat Reader или другая подобная программа для того чтобы открыть документ в формате PDF) |

<sup>1</sup> Незашифрованный документ передается Вам в открытом виде, это означает, что каждый, кто имеет доступ к Вашему адресу э-почты, может ознакомиться с содержанием документа. Департамент социального страхования не гарантирует безопасность и конфиденциальность передаваемых Вам данных.

<input type="checkbox"/>	<p><b>Простым письмом по указанному в ходатайстве адресу места жительства<sup>2</sup></b> (простое письмо доставляется в Ваш почтовый ящик)</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Заказным письмом по указанному в ходатайстве адресу места жительства</b> (заказное письмо выдается по месту жительства или в почтовом отделении по месту жительства)</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>В отделе обслуживания клиентов Департамента социального страхования</b> желаю получить уведомление, что можно прийти за решением:</p> <p>э-письмом <input type="checkbox"/> или по телефону <input type="checkbox"/></p>

<sup>2</sup> При отправке документа простым письмом, Департамент социального страхования не гарантирует, что данные дойдут до адресата.

## **1.4. ВРАЧИ И ДРУГИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ**

Если Вы ходатайствуете об оценке трудоспособности, то в течение последних шести месяцев до подачи ходатайства Вы должны были посетить семейного врача, лечащего Вас врача-специалиста или врача по гигиене труда.

**Посещали ли Вы в течение последних шести месяцев семейного врача, лечащего Вас врача-специалиста или врача по гигиене труда?**

ДА       НЕТ

**Если Вы не посещали в течение последних шести месяцев врача в Эстонии, но посещали врача в другой стране, то укажите государство, в котором можно запросить данные о Вашем здоровье:**

.....

**1.4.1. Назовите врачей, у которых имеются данные относительно существенных расстройств здоровья для оценки Вашей трудоспособности/степени тяжести недостатка здоровья.**

Перечислите здесь только тех врачей, которые лечили Вас в последнее время или которые в последний раз подтвердили Ваше постоянное/длительное состояние здоровья и диагноз.

Поставщик медицинских услуг/работник Департамента социального страхования, имеющий квалификацию врача, не обязаны во время проведения экспертизы связываться с указанными Вами врачами, но при необходимости они могут уточнить у них данные о Вашем состоянии здоровья.

Укажите в таблице имя врача и другие известные Вам данные.

**Обязательно укажите имя хотя бы одного врача.**

<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	
<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	
<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	
<b>ВРАЧ</b>	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	

**1.4.2. По желанию укажите контактные данные тех специалистов, которые могли бы предоставить дополнительные сведения о Вас для оценки трудоспособности/степени недостатка здоровья.**

Поставщик медицинских услуг/работник Департамента социального страхования, имеющий квалификацию врача, не обязаны во время проведения экспертизы связываться с указанными Вами врачами, но при необходимости они могут спросить у них дополнительные данные для оценки Вашей трудоспособности/степени недостатка здоровья.

Укажите в таблице имя специалиста и другие известные Вам данные.

<b>СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ПСИХОЛОГ</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ПОСТАВЩИК СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ</b> (в т.ч. опорное лицо, поставщик специализированных попечительских услуг или услуг по реабилитации)	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	
<b>ДРУГОЙ СПЕЦИАЛИСТ (уточните)</b>	
Имя и фамилия	
Учреждение	
Контактные данные (телефон или э-почта)	

## 1.5. ОБРАЗОВАНИЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

**Какой самый высокий уровень полученного Вами образования?**

<input type="checkbox"/>	Нет начального образования
<input type="checkbox"/>	Начальное образование
<input type="checkbox"/>	Основное образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное образование без основного образования
<input type="checkbox"/>	Основное образование с прикладным образованием
<input type="checkbox"/>	Прикладное среднее образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Общее среднее образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Среднее специальное образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное высшее образование (высшее профессиональное образование)
<input type="checkbox"/>	Бакалавр
<input type="checkbox"/>	Магистр
<input type="checkbox"/>	Доктор

**Укажите полученную специальность(и):**

.....  
.....

**Вы учитесь сейчас?**

ДА       НЕТ



**Если учитеcь, то какой уровень образования получаете?**

<input type="checkbox"/>	Начальное образование
<input type="checkbox"/>	Основное образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное образование без основного образования
<input type="checkbox"/>	Основное образование с прикладным образованием
<input type="checkbox"/>	Прикладное среднее образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Общее среднее образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное образование на базе основной школы
<input type="checkbox"/>	Среднее специальное образование
<input type="checkbox"/>	Прикладное высшее образование (высшее профессиональное образование)
<input type="checkbox"/>	Бакалавр
<input type="checkbox"/>	Магистр
<input type="checkbox"/>	Доктор

**Укажите получаемую специальность:**

.....

.....

.....

## 1.6. ТРУДОВАЯ ЗАНЯТОСТЬ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

При ответе учитывайте все виды трудовой деятельности (в т. ч. работу добровольцем и пр.).

**Вы работаете?**

ДА       НЕТ       Я никогда не работал(-ла)

Если Вы не работаете или никогда не работали, укажите причину:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **II СОСТОЯНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ**

При наличии нижеперечисленных состояний Ваше ходатайство рассматривается в упрощенном порядке, и Вы можете не заполнять оставшуюся часть опросника. **Если Вы желаете помимо оценки трудоспособности установить также степень тяжести недуга, то нужно заполнить всё ходатайство полностью.**

Если исключаящее трудоспособность состояние не найдёт подтверждения в ходе экспертизы, то позднее Вас попросят заполнить ходатайство об оценке трудоспособности в полном объёме. По желанию Вы можете сразу заполнить ходатайство в полном объёме даже при наличии исключаящего трудоспособность состояния.

**2.1. Имеется ли / диагностировано ли у Вас какое-либо из нижеперечисленных состояний?**

**ДА**       **НЕТ**

- раковая опухоль IV стадии;
- диализное лечение (заместительная почечная терапия);
- управляемое дыхание (искусственная вентиляция лёгких, или респираторная терапия в стационаре);
- сформировавшаяся деменция;
- тяжёлая или глубокая умственная отсталость;
- постоянно лежачий больной

**Согласен(-на),** что содержащиеся в инфо-системе здоровья мои личные данные / личные данные моего подопечного будут обрабатывать имеющие квалификацию врача работники кассы по безработице, и что к оценке моей трудоспособности будут привлечены поставщики медицинских услуг.

**Согласен(-на),** что при рассмотрении ходатайства об оценке трудоспособности работник кассы по безработице сделает запрос в инфо-системе здоровья, для того чтобы проверить выполнение требования о посещении врача в течение последних шести месяцев до подачи ходатайства, а также заполнение врачом данных в инфо-системе здоровья, в т.ч. имя и фамилию врача, который предоставил данные.

**Согласен(-на),** что в случае, если вместе с оценкой трудоспособности я также ходатайствую об установлении степени тяжести недуга, то содержащиеся в инфо-системе здоровья мои личные данные / личные данные моего подопечного будут обрабатывать имеющие квалификацию врача работники Департамента социального страхования. **Согласен(-на),** что в случае, если вместе с оценкой трудоспособности я также ходатайствую об установлении степени тяжести недуга, то работник Департамента социального страхования сделает запрос в инфо-системе здоровья относительно имени и фамилии врача, который предоставил данные.

**Осведомлен(-на),** что данное согласие распространяется также на содержащиеся в инфо-системе здоровья личные данные, доступ к которым я запретил(-ла) поставщикам медицинских услуг.

**Осведомлен(-на),** что если данных для оценки трудоспособности будет достаточно, то касса по безработице примет решение об оценке трудоспособности в течение 30 рабочих дней. Если в ходе оценивания выяснится, что в инфо-системе здоровья данные отсутствуют или их недостаточно для оценки трудоспособности, то срок рассмотрения ходатайства может быть продлён.

**Осведомлен(-на),** что одновременно с ходатайством об оценке трудоспособности можно подать ходатайство о пособии на трудоспособность. Пособие на трудоспособность будет выплачиваться человеку при назначении ему частичной трудоспособности или отсутствии трудоспособности, начиная со дня подачи ходатайства.

**2.2.** Если в пункте 2.1, при ответе о состоянии, исключающем трудоспособность, Вы отметили ДА и не желаете дальше заполнять опросник, то подпишите ходатайство.

---

(дата)

---

(имя и подпись ходатайствующего)

---

(дата)

---

(имя и подпись представителя ходатайствующего)

### III ОПЫТ РАБОТЫ

#### 3.1. ОПЫТ РАБОТЫ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

Укажите какие должности, на которых Вы работали в течение последних 5 лет, и период работы на каждом рабочем месте.

Должность или рабочие обязанности	Период работы

Если какие-либо Ваши трудовые отношения были прекращены из-за проблем со здоровьем, то уточните эти причины.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 3.2. РАБОТАЮЩИЙ ХОДАТАЙСТВУЮЩИЙ

**1. Испытываете ли Вы на своей нынешней работе трудности с выполнением каких-либо рабочих обязанностей из-за состояния здоровья?**

**НЕТ**, на нынешней работе могу выполнять все свои рабочие обязанности

**ДА**, испытываю трудности при выполнении некоторых обязанностей

Если Вы ответили ДА, то опишите рабочие обязанности, при выполнении которых Вы испытываете трудности в связи с состоянием здоровья.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Ухудшится ли Ваше состояние здоровья, если Вы продолжите работать на своём нынешнем месте работы?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните, что может послужить причиной ухудшения состояния здоровья.

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Имеются ли у Вас проблемы с коллегами из-за ограничений или препятствий, обусловленных состоянием здоровья?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните, какие обусловленные состоянием здоровья проблемы возникают с коллегами.

.....

.....

.....

.....

.....



### 3.3. НЕРАБОТАЮЩИЙ ХОДАТАЙСТВУЮЩИЙ

**Имеются ли / могли бы быть у Вас трудности с выполнением работы?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то:

1) опишите, какую работу Вы могли бы выполнять и с какой нагрузкой:

.....

.....

.....

.....

.....

2) опишите виды деятельности, при выполнении которых Вы испытываете трудности в связи с состоянием здоровья:

.....

.....

.....

.....

.....

## **IV ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, ПОСТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДРУГИЕ УСЛУГИ**

### **Вспомогательные средства**

Используете ли Вы вспомогательные средства в повседневной жизни или деятельности?

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то назовите все вспомогательные средства, которые Вы используете, а также укажите, как часто или при выполнении какой деятельности они Вам нужны.

### **Лечебные вспомогательные средства**

Напр., ингаляторы, респираторы, кислородное оборудование, противоотечные чулки-перчатки, диализное оборудование, одноразовые шприцы

.....  
.....

### **Ортезы и протезы**

Напр., поддерживающие ортезы, ортопедическая обувь, протезы верхних и нижних конечностей, косметические протезы

.....  
.....

## **Вспомогательные средства для ухода за собой и защитные вспомогательные средства**

Напр., сиденья и горшки для туалета; трахеостомические трубки, стомные мешки и принадлежности; подгузники и простыни; ванны, стулья для душа, вспомогательные средства для мытья, одевания и ухода за собой.

.....

.....

## **Персональные вспомогательные средства для передвижения**

Напр., адаптированные автомобили, транспортные средства, инвалидные кресла, вспомогательные средства для ходьбы, средства для перемещения и переноски, подъемники для перемещения, вспомогательные средства для ориентирования.

.....

.....

## **Вспомогательные средства для выполнения работ по хозяйству**

Напр., вспомогательные средства для приготовления еды и напитков, для приёма пищи и питья, для уборки

.....

.....

## **Мебель и приспособления в доме и других помещениях**

Напр., столы, стулья и скамейки с регулируемой высотой, глубиной, шириной и углом наклона; вращаемые и направляемые светильники, кровати с регулируемой высотой и углом наклона, поручни, устройства для открывания ворот и дверей, автоподъемники для перемещения человека.

.....

.....

## **Средства для общения, передачи информации и сигнализации**

Напр., вспомогательные средства для зрения, слуха, чтения, письма и рисования, вычислений, звонков, средства для подачи сигнала тревоги, усилители звука, компьютерные мыши, клавиатуры и экраны, средства для невербального общения, принтеры.

.....

.....

Если Вам назначено / выписано вспомогательное средство, но Вы им не пользуетесь, то обоснуйте, почему:

.....

.....

## **Посторонняя помощь**

**Пользуетесь ли Вы в повседневной жизни или деятельности помощью другого лица?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то назовите виды деятельности, при выполнении которых Вы нуждаетесь в помощи другого лица:

.....

.....

.....

.....

.....

## **Реабилитация**

Услуга реабилитации – это услуга, оказание которой поддерживает самостоятельность человека, содействует его социальной вовлеченности и трудовой деятельности или трудоустройству.

.....

.....

**Ваш реабилитационный план выполнен не до конца?**

ДА  НЕТ

**Дополнительная информация**

**Если местное самоуправление или другое учреждение оказывают Вам иные социальные услуги, то назовите их:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Если Вы считаете нужным добавить другую уместную информацию, то укажите ее здесь:**

.....

.....

.....

.....

.....

## **V ФИЗИЧЕСКИЕ И УМСТВЕННЫЕ СПОСОБНОСТИ**

Далее оцените, насколько свободно Вы можете выполнять различные виды деятельности с учетом своего физического и психического состояния. При ответах учитывайте также своё желание и силы выполнять эту деятельность.

Всё то, что Вы сами о себе напишете, будет иметь большое значение при ОЦЕНКЕ Вашей трудоспособности.

Отвечая на вопросы, учитывайте, что выполнение каких-либо действий без усилий означает, что Вы можете выполнять данную деятельность безопасно и многократно без чрезмерного напряжения.

Находящийся при каждом вопросе вариант ответа «Мои способности ... могут меняться» выбирайте в том случае, если Вы иногда можете, а иногда не можете выполнять данную деятельность. Выбирайте этот вариант и в том случае, если среди имеющихся вариантов ответов Вы не находите подходящий для Вас ответ.

**Достаточно ли у Вас желания для того чтобы заниматься умственной и физической деятельностью?**

Подумайте о том, чем Вы занимаетесь в своей повседневной жизни. Можете ли Вы выполнять эти виды деятельности с обычным напряжением: например, приносить из магазина еду, разговаривать с другом по телефону или встречаться с ним, читать новости, ходить на работу и т. д.

ДА     НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то укажите, как часто и при выполнении каких видов деятельности у Вас появляется проблемы с нежеланием выполнять их.

.....

.....

.....

.....

**Имеете ли Вы достаточно сил для того чтобы заниматься умственными и физическими видами деятельности?**

Подумайте о том, чем Вы занимаетесь в своей повседневной жизни. Можете ли Вы выполнять эти виды деятельности с обычным напряжением: например, приносить из магазина еду, разговаривать с другом по телефону или встречаться с ним, читать новости, ходить на работу и т. д.

ДА     НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то укажите, как часто и при выполнении каких видов деятельности у Вас появляются проблемы с нехваткой сил.

.....

.....

.....

.....



# 1. Передвижение

В этой части спрашивается о том, насколько свободно в своей повседневной жизни Вы можете передвигаться, ходить по лестницам, стоять на месте и сидеть. Если Вы применяете для самостоятельного передвижения или для нахождения в положении стоя вспомогательные средства (напр., инвалидное кресло, костыли, трость, собаку-поводыря или др.), то при описании передвижения учитывайте это и наличие возможных трудностей (в т. ч. связанных с временем года).

## 1.1. Передвижение на разных поверхностях

Под передвижением на разных поверхностях подразумевается преодоление какого-либо расстояния на одной поверхности и передвижение по ступеням. Передвижение должно осуществляться без трудностей и препятствий, в т. ч. без боли, усталости, нехватки воздуха или нарушения равновесия.

**Могу самостоятельно без трудностей передвигаться и ходить по лестнице.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.2 (стр. 35). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Какое расстояние Вы можете преодолевать безопасно и многократно, не делая остановок из-за усталости, болей, нехватки воздуха, нарушения равновесия?**

- Более 200 метров
- 200 метров
- 100 метров (примерно длина футбольного поля)
- 50 метров (примерно длина 5 автобусов)
- Вообще не могу самостоятельно передвигаться
- Моя способность передвигаться может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы передвигаетесь, какое расстояние можете пройти и что может препятствовать Вашему свободному передвижению. Если Вы используете вспомогательное средство, то опишите, как оно влияет на Ваше передвижение.

.....

.....

.....

**Можете ли Вы спуститься подряд на 2 ступени вниз или подняться на 2 ступени вверх без посторонней помощи, если можно держаться за перила?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность передвигаться вверх или вниз по лестнице может меняться.

Уточните выбранный ответ. Опишите как Вы передвигаетесь по лестнице.

.....

.....

.....

## **1.2. Безопасное передвижение**

Под безопасным передвижением подразумевается безошибочное и безопасное передвижение в желаемое место, в том числе переход через дорогу и посещение новых мест. Здесь подразумевается также безопасное передвижение при нарушениях зрения и слуха.

**Могу безопасно передвигаться в помещениях и на улице.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.3 (стр. 37). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы самостоятельно безопасно перейти через дорогу?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность самостоятельно безопасно переходить дорогу может меняться

Уточните выбранный ответ, в т.ч. использование вспомогательного средства. Опишите проблемы, которые мешают безопасно переходить дорогу. Если Вы используете вспомогательное средство, то опишите, как оно влияет на Ваше передвижение.

.....

.....

.....

**Можете ли Вы без посторонней помощи безопасно добраться до места, где Вы раньше не были?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность самостоятельно добираться до незнакомого места может меняться

Уточните выбранный ответ, в т. ч. использование вспомогательного средства. Опишите проблемы, которые мешают Вам ходить в новые места и безопасно передвигаться.

.....

.....

.....

### 1.3. Стояние и сидение

Под стоянием подразумевается самостоятельное нахождение на одном месте в вертикальном положении, при необходимости меняя положение тела. К нему также относится стояние с помощью вспомогательного средства или опорной поверхности, но без помощи другого человека.

Под сидением подразумевается самостоятельное нахождение в сидячем положении на стуле без подлокотников, при необходимости меняя положение тела.

**Могу самостоятельно стоять на месте и пересаживаться с одного стула на другой беспрепятственно и без ощущения боли.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.4 (стр. 39). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы пересестись с одного стула на стоящий рядом стул без посторонней помощи?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность пересаживаться с одного стула на стоящий рядом стул может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие действия вызывают у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

**Можете ли Вы без посторонней помощи находиться на одном месте стоя, сидя или попеременно без ощущения боли или утомления?**

(положение тела можно менять)

- Да
- С небольшими трудностями
- Могу до 3 часов
- Могу менее чем 1 час
- Нет
- Моя способность находиться на одном месте сидя или стоя может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите стояние и сидение, как долго Вы можете сидеть и стоять, а также почему это может вызывать у Вас трудности.

.....

.....

.....

.....

## 1.4. Другие проблемы, связанные с передвижением

Если у Вас имеются трудности с передвижением или нахождением в положении стоя, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

Напишите о болях и усталости, а также о том, меняется ли ситуация в течение дня.

.....

.....

.....

.....

## 2. Движение рук

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы можете выпрямлять руки, захватывать и перемещать большие предметы, выполнять пальцами точные движения. Если Вы используете для целенаправленной деятельности руками вспомогательные средства (напр., протез, хват и др.), то учитывайте их при описании движения рук. Руки должны функционировать без боли и чрезмерного напряжения.

### 2.1. Выпрямление рук

Под выпрямлением рук подразумевается вытягивание обеих рук от себя на разную высоту, сгибание рук в плечевом и локтевом суставах, включая дотягивание до какого-либо предмета или бросание предмета.

**Могу без проблем вытянуть вверх обе руки.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.2 (стр. 41). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы поднять хотя бы одну руку так, чтобы взять с полки какой-либо предмет?**

- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность поднимать и сгибать руки может меняться



Уточните выбранный ответ. Если Вы не можете поднимать руку, то напишите, по какой причине, и касается ли это обеих рук.

.....

.....

.....

## **2.2. Поднимание и перемещение предметов**

Под подниманием и перемещением предметов подразумевается захват предмета руками и его поднимание или перемещение в желаемое место вблизи себя.

**Могу без трудностей поднимать и перемещать предметы обеими руками.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.3 (стр. 43). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы поднять и переместить литровый сосуд с жидкостью?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- Могу поднять сосуд с жидкостью объемом до 0,5 л
- Не могу поднять ни одного предмета, независимо от веса
- Моя способность поднимать и перемещать такой сосуд может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие действия вызывают у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы свободно поднять и переместить большой и легкий предмет, например, подушку или картонный ящик?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Не
- Моя способность поднимать и перемещать такой предмет может меняться

Уточните выбранный ответ. Если Вы не можете поднимать предметы, то напишите, почему.

.....

.....

.....

.....

.....

## 2.3. Ловкость рук

Под ловкостью рук подразумеваются действия, выполняемые кистью руки и пальцами.

**Могу без трудностей пользоваться рукой и пальцами, например, для захвата предметов или нажатия кнопок.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.4 (стр. 44). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы пользоваться хотя бы одной рукой и пальцами одной руки: для нажатия кнопок (напр., на клавиатуре телефона), перелистывания страниц, поднятия монеты 1 евро, пользования карандашом или ручкой, пользования подходящей клавиатурой или мышью?**

- С небольшими трудностями при выполнении какого-либо из перечисленных действий
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность пользоваться рукой и пальцами может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие из перечисленных действий вызывают у Вас проблемы и почему.

.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **2.4. Другие проблемы, связанные с движением рук**

Если у Вас имеются трудности при выполнении действий руками, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь. Напишите о болях и усталости, а также о том, меняется ли ситуация в течение дня или по дням.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **3. Общение: зрение, слух и речь**

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы можете общаться и действовать, учитывая свои способности видеть, слышать, говорить и передавать сообщения. Если Вы используете вспомогательные средства для зрения, слуха и речи, то назовите какие:

.....  
.....

и учитывайте их при описании общения.

#### **3.1. Общение с людьми**

Под общением с людьми подразумевается общение посредством речи и письма, т. е. способность самостоятельно довести свою мысль до другого человека, учитывая зрение, слух и речь.

**Могу без трудностей общаться с другими людьми посредством речи и письма.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 3.2 (стр. 47). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы передать другому человеку чётко и понятно простое сообщение, например, сообщить ему, что кто-то его искал?**

(сообщение можно передать посредством речи, письма, печати или иным способом без посторонней помощи)

- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность передавать простые сообщения может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы общаетесь. По какой причине Вы не можете общаться с другими людьми (например, трудности с речью, письмом, печатанием или страх перед общением, отсутствие желания общаться)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **3.2. Общение других людей с Вами**

В этой части спрашивается, как Вы понимаете других людей на слух и посредством чтения написанного, т. е. как Вы принимаете сообщения от других людей, учитывая свои зрение, слух и речь.

**Могу без затруднений понимать других людей на слух и посредством чтения написанного.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 3.3 (стр. 49). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы без посторонней помощи принимать от другого человека простые сообщения посредством слуха и/или чтения по губам и реагировать на предупреждающие возгласы?**

(простое сообщение означает, например, информацию о том, где находится туалет, а реагирование на предупреждающие возгласы может означать ситуацию, когда Вы не видите говорящего)

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность принимать устные сообщения может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие действия вызывают у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы принять переданное другим человеком простое сообщение, напечатанное крупным шрифтом?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность принимать письменные сообщения может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, способны ли Вы слышать, читать по губам или иным способом понимать других людей. Если не можете, то почему. Опишите, как Вы принимаете сообщения.

.....

.....

.....

.....



### **3.3. Другие проблемы, связанные с общением**

Если у Вас имеются трудности с общением или выполнением действий из-за нарушений зрения, слуха или речи, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4. Нахождение в сознании и уход за собой

В этой части спрашивается:

- 1) бывают ли и как часто во время бодрствования у Вас бывают обмороки, помутнение сознания или потеря сознания;
- 2) имеются ли у Вас трудности с контролем над функциями кишечника и мочевого пузыря и какие;
- 3) насколько свободно Вы можете самостоятельно есть и пить.

### 4.1. Нахождение в сознании во время бодрствования

Под нахождением в сознании подразумевается обычное состояние бодрствования и способность контактировать во время бодрствования.

**Я всегда контролирую своё нахождение в сознании.  
Во время нахождения в сознании проблем нет.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.2 (стр. 51). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Как часто во время бодрствования у Вас бывают обмороки, помутнение сознания или потеря сознания?**

(сюда относятся также приступы эпилепсии и гипогликемия при сахарном диабете)

- Один раз в два года
- Несколько раз в год
- Каждый месяц
- Не реже одного раза в неделю

Уточните выбранный ответ. Опишите, как часто и по какой причине бывают расстройства сознания, и как они проявляются.

.....

.....

.....

.....

.....

## **4.2. Контроль над функциями кишечника и мочевого пузыря**

Под контролем над функциями кишечника и мочевого пузыря подразумевается поддающееся воле удержание и выведение содержимого кишечника и мочевого пузыря.

**Могу без проблем контролировать функции кишечника и мочевого пузыря, в т. ч. с использованием приемника или мочевого катетера.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.3 (стр. 53). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Должны ли Вы стирать или менять свою одежду, так как она пачкается из-за проблем с контролем над функциями мочевого пузыря, кишечника или приемника?**

(под приемником подразумеваются илеостомный мешок и мочевой катетер)

- Да, в единичных случаях
- Да, каждый раз, когда я не успеваю дойти до туалета
- Да, не реже одного раза в месяц
- Мой контроль над функциями мочевого пузыря или кишечника может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы контролируете функции кишечника и мочевого пузыря или справляетесь с использованием приемника, как часто Вы должны стирать или менять одежду в связи с ее намоканием или загрязнением.

.....

.....

.....

.....

.....

### 4.3. Еда и питье

Под едой и питьем подразумевается самостоятельный прием пищи и питье с использованием при необходимости предназначенных для этого (вспомогательных) средств.

**Могу есть и пить без трудностей.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.4 (стр. 55). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы поместить еду и питье себе в рот без посторонней помощи?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность есть и пить может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, какие действия вызывают у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы свободно пережевывать и глотать пищу?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность пережёвывать и глотать пищу может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы едите и пьете, какие проблемы у Вас бывают при пережевывании и проглатывании пищи.

.....

.....

.....

.....

.....

#### **4.4. Другие проблемы, связанные с нахождением в сознании и уходом за собой**

Если у Вас имеются трудности с нахождением в сознании, с приёмом пищи и питья, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **5. Обучаемость и выполнение действий**

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы можете приобретать новые навыки и в дальнейшем их многократно применять, можете ли Вы планировать и реализовывать свои действия с учетом своего психического состояния. Обычно к этому не относятся трудности, обусловленные физическим состоянием.

### **5.1. Обучение действиям**

Под обучением действиям подразумевается обучение необходимым в повседневной жизни простым и сложным действиям. Простым действием можно считать действие, состоящее из одного-двух этапов, например, включение телевизора нажатием кнопки, взятие щетки и подметание пола, накрывание на стол, уборка.

Сложные действия – это действия, предполагающие выполнение нескольких этапов подряд, например, приготовление пищи с использованием различных кухонных принадлежностей, обучение настольным играм, покупка продуктов в магазине.

**Могу без трудностей научиться выполнять повседневные действия и применять их.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 5.2 (стр. 58). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.



**Можете ли Вы научиться простому действию, например, звонить по телефону или пользоваться банкоматом?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность обучаться простым действиям может меняться

Уточните выбранный ответ. Напишите, обучение каким действиям вызывает у Вас проблемы и почему.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы научиться сложному действию, например, пользоваться стиральной машиной или приготовить себе еду?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность обучаться сложным действиям может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите трудности, с которыми Вы сталкиваетесь при обучении действиям, и почему они возникают.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **5.2. Начало и завершение действий**

Под началом и завершением действий подразумевается способность начинать и доводить до конца повседневные рутинные действия, например, вставать по утрам с кровати, мыться, одеваться, готовить еду, ходить в магазин. При ответах учитывайте также, сколько у Вас имеется для этого желания и энергии. Здесь не описываются трудности, обусловленные физическим состоянием.

**Могу без трудностей справляться с повседневными действиями.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 5.3 (стр. 60). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы сами планировать, начинать и завершать повседневные действия, например, решать, когда нужно пойти в магазин за продуктами, принести из магазина нужные продукты и приготовить еду; или запланировать просмотр телепередачи и посмотреть ее в нужное время?**

- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность начинать и завершать действия может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы справляетесь с запоминанием, планированием и организацией действий. Напишите, что вызывает у Вас трудности, и как часто Вам требуется посторонняя помощь

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **5.3. Другие проблемы, связанные с обучением и реализацией действий**

Если у Вас испытываете трудности с приобретением новых навыков или выполнением действий, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь. Опишите также то, если Вы не можете учиться или реализовывать действия в связи с отсутствием у Вас желания или энергии.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **6. Адаптация к изменениям и восприятие опасности**

В этой части спрашивается, насколько свободно, учитывая Ваше эмоциональное и психическое состояние, Вы можете передвигаться за пределами дома. Спрашивается также, способны ли Вы оценить опасность в ситуациях, возникающих в повседневной жизни, и насколько легко Вы приспосабливаетесь к изменениям, которые могут нарушить повседневную рутину. Здесь не описываются трудности, обусловленные физическим состоянием.

### **6.1. Передвижение за пределами дома**

Под передвижением за пределами дома подразумевается передвижение за пределами дома без эмоционального и психического напряжения и умение справляться с возможными стрессовыми ситуациями (напр., если Вы заблудились).

**Могу самостоятельно передвигаться за пределами дома без психического или эмоционального напряжения.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.2 (стр. 63). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы выйти из дома и пойти в знакомые Вам места?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность выходить из дома и ходить в знакомые мне места может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, почему Вы не всегда можете пойти куда-нибудь. Нужно ли Вам, чтобы кто-то пошел вместе с Вами? Объясните свои проблемы и приведите примеры.

.....

.....

.....

.....

.....

**Можете ли Вы выйти из дома и пойти в незнакомые Вам места?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность выходить из дома и ходить в незнакомые мне места может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, почему Вы не всегда можете пойти куда-нибудь. Нужно ли Вам, чтобы кто-то пошел вместе с Вами? Объясните свои проблемы и приведите примеры.

.....

.....

.....

.....

.....

## **6.2. Восприятие риска или опасности**

Под восприятием опасности подразумевается представление о том, какие повседневные действия могут быть опасны для Вашего здоровья или здоровья других людей, и поведение, исключаящее такие ситуации.

**Могу безопасно выполнять повседневные действия: приготовление еды, пользование бытовой техникой, передвижение по дому и в его окрестностях.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.3 (стр. 64). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Требуется ли Вам обычно присутствие рядом другого человека, для того чтобы исключить опасность?**

- Нет
- При единичных действиях, не каждый день
- Да, в дневное время всегда
- Да, круглосуточно
- Моя потребность в присутствии другого человека может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, какие опасные ситуации у Вас возникают и как Вы справляетесь с опасностью. Приведите примеры проблем, которые мешают Вам безопасно выполнять действия.

.....

.....

.....

.....

.....

### **6.3. Адаптация к изменениям**

Под адаптацией к изменениям подразумевается приспособление к незначительным изменениям и неожиданным ситуациям, нарушающим повседневную рутину

**Могу без трудностей справляться с изменениями, происходящими в повседневной рутине.**

ДА     НЕТ



Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.4 (стр. 66). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Справляетесь ли Вы с незначительными изменениями в своей повседневной рутине?**

(например, время приема пищи передвинется вперед или назад, автобус или поезд придет не вовремя, друг или опекун придет к Вам раньше или позже запланированного времени)

- С небольшими трудностями
- Да, если знаю об изменении заранее
- Нет, если изменение неожиданно
- Нет
- Моя способность справляться с заранее известными изменениями может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы справляетесь с изменениями. Объясните свои проблемы и приведите примеры.

.....

.....

.....

.....

.....

#### **6.4. Другие проблемы, связанные с адаптацией к изменениям и восприятием опасности**

Если у Вас имеются трудности с адаптацией к изменениям или восприятием опасности, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь.

Напишите также о том, если Вы не можете адаптироваться к изменениям из-за отсутствия у Вас желания или энергии.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **7. Общение и отношения с людьми**

В этой части спрашивается, насколько свободно Вы общаетесь со знакомыми и чужими людьми, а также как, учитывая Ваше психическое и эмоциональное состояние, Вы справляетесь в ситуациях, требующих обычного общения, и в конфликтных ситуациях.

### **7.1. Социальные ситуации**

Под социальными ситуациями подразумеваются встречи с новыми людьми, как человек идет на встречу, общается с близкими и чужими людьми.

**Справляюсь с социальными ситуациями, не испытывая при этом излишнего возбуждения или страха.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 7.2 (стр. 68). Если Вы ответили НЕТ, то отвечайте на следующие вопросы.

**Можете ли Вы встречаться со знакомыми людьми, не испытывая при этом излишнего возбуждения или страха?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность встречаться со знакомыми людьми, не испытывая при этом ощущения возбуждения или страха может меняться

**Можете ли Вы встречаться с чужими людьми, не испытывая при этом излишнего возбуждения или страха?**

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность встречаться с чужими людьми, не испытывая при этом ощущения возбуждения или страха может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, почему Вы испытываете страх перед встречей с людьми. Какие трудности приносят Вам встречи с людьми? Как часто Вы себя так чувствуете? Объясните свои проблемы и приведите примеры.

.....

.....

.....

## **7.2. Уместное поведение**

Под уместным поведением подразумевается поведение, соответствующее ситуации, например, как Вы выражаете свои чувства, и раздражает ли Ваше поведение (умышленное или непреднамеренное) других людей.

**Поведение, связанное с моим психическим и эмоциональным состоянием, раздражает других людей.**

ДА  НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то перейдите к вопросу 7.3 (стр. 69). Если Вы ответили ДА, то отвечайте на следующие вопросы.

**Как часто Вы ведете себя так, что Ваше поведение раздражает других людей?** Это может происходить, например, потому что Вы не чувствуете обычной дистанции при общении, ведете себя агрессивно или необычно.

- Редко
- Иногда
- Часто
- Каждый день

Уточните выбранный ответ. Опишите, почему Ваше поведение раздражает других и как часто это бывает. Объясните свои проблемы и приведите примеры. Если ситуация может меняться, то опишите это.

.....

.....

.....

### **7.3. Другие проблемы, связанные с общением и отношениями с людьми**

Если у Вас имеются трудности с общением и отношениями с людьми, но заданные выше вопросы не позволили их описать, то опишите эти трудности здесь. Напишите также, если Вашему общению мешает отсутствие у Вас желания или энергии.

.....

.....

.....

## **8. Воздействие алкоголя, наркотических, психотропных и других веществ и лекарств, вызывающих зависимость**

**Имеются ли у Вас трудности при выполнении действий из-за употребления алкоголя, успокоительных лекарств или других веществ, вызывающих зависимость (наркотики, клей, растворители и т. д.)?**

(сюда относятся также лекарства, вызывающие зависимость, или успокоительные лекарства, которые лечащий врач назначил Вам для длительного употребления)

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните выбранный ответ. Опишите проблемы, связанные с употреблением этих веществ, и частоту появления проблем, а также как это препятствует Вашей способности действовать.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Имеются ли у Вас другие проблемы в связи с побочными явлениями, обусловленными употреблением лекарств (напр., рвота, тошнота, головокружение и др.)?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните выбранный ответ. Опишите проблемы, связанные с употреблением этих веществ, и частоту появления проблем, а также как это препятствует Вашей способности действовать.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 9. Другие нарушения здоровья

В этой части спрашивается о трудностях, которые Вы не смогли описать при ответах на предыдущие вопросы. Имеются в виду трудности в выполнении действий, обусловленные состоянием Вашего здоровья.

**Имеются ли у Вас трудности при выполнении действий, обусловленные нарушением здоровья и не затронутые в предыдущих вопросах?**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то опишите эти трудности и как часто они бывают.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 10. Дополнительная информация

**Информация о дополнительных расходах при посещении врача-эксперта по оценке трудоспособности, обусловленных особыми потребностями.**

Если на основании имеющихся и представленных данных невозможно оценить Вашу трудоспособность, то касса по безработице имеет право направить Вас на прием к врачу-эксперту поставщика медицинской услуги, осуществляющему экспертизу (оценка на основе визита), для того чтобы получить заключение относительно Вашей трудоспособности. Касса по безработице возместит Вам дополнительные расходы при посещении врача-эксперта, связанные с особыми потребностями.

**У меня возникнут дополнительные расходы при посещении врача-эксперта по оценке трудоспособности, связанные с особыми потребностями.**

ДА     НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните.

- услуга сурдопереводчика (необходима при общении с врачом)
- Специальный транспорт (необходим специальный транспорт для поездки к врачу)
- услуга опорного лица /личного помощника (помощь при посещении врача необходима по причине физического недуга или для организационных действий)
- другие дополнительные расходы, обусловленные особыми потребностями (опишите):

.....  
.....  
.....

## Обоснование потребности в дополнительных расходах

.....

.....

.....

## ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Перечислите документы, которые Вы представляете вместе с ходатайством.

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(имя и подпись ходатайствующего)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(имя и подпись представителя ходатайствующего)

# ХОДАТАЙСТВО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

## ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Имя: .....
Фамилия: .....
Личный код, если его нет, то укажите дату рождения: .....
Адрес:
Адрес э-почты:
Телефон:

*У проживающего в Эстонии гражданина Эстонии или иностранца, проживающего в Эстонии на основании вида или права на жительства, место жительства которого находится в нескольких государствах, есть право на оценку трудоспособности и пособие на трудоспособность в том случае, если он является резидентом в понятии § 6 п 1 Закона о подоходном налоге или если он постоянно проживает в Эстонии в понятии Закона об иностранцах.*

	Да	Нет
Моё место жительства находится в нескольких государствах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Укажите иностранное государство и адрес места жительства в нём		
.....		
.....		
.....		

*Если Ваше место жительства находится в нескольких государствах, то подтвердите:*

<p>Согласно Закону о подоходном налоге зарегистрирован резидентом Эстонии в Налогово-Таможенном департаменте Эстонской Республики <i>(моё место жительства в Эстонии или я нахожусь в Эстонии не менее 183 дней в течение 12 календарных месяцев подряд).</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Постоянно проживаю в Эстонии согласно Закону об иностранцах</p> <p>Предоставьте данные о периоде(-дах) проживания в Эстонии.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы проживали/работали в иностранном государстве, отметьте иностранное государство, в котором Вы проживали/работали и период с точностью до дня

Государство	Период

## ДАнные ПРЕдСТАВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

(заполняются в том случае, когда ходатайствующий не подаёт ходатайство сам)

Имя: .....
Фамилия: .....
Личный код, если его нет, то укажите дату рождения: .....
Адрес:
Адрес э-почты:
Телефон:
Основание для права представлять ходатайствующего (напр., опекун, родитель, доверенное лицо) .....

<b>Желаю получать решения, связанные с пособием на трудоспособность (отметьте один из вариантов):</b> на мой адрес <input type="checkbox"/> на адрес представителя <input type="checkbox"/>	
по э-почте:	<input type="checkbox"/>
простым письмом:	<input type="checkbox"/>
заказным письмом:	<input type="checkbox"/>
В уездном отделении кассы по безработице:	<input type="checkbox"/>
Укажите уездное отделение и бюро, куда Вы желаете прийти за решением .....	
Желаю предварительно получить уведомление о том, что за решением можно прийти в уездное отделение: <input type="checkbox"/> по э-почте <input type="checkbox"/> по телефону	

Несмотря на выбранный способ, решения, связанные с пособием на трудоспособность, также всегда будут доступны для Вас на портале самообслуживания кассы по безработице [www.tootukassa.ee](http://www.tootukassa.ee).

**Прошу назначить мне пособие на трудоспособность.**

<b>Укажите, если Вы:</b>	Да	Нет
получаете эстонскую пенсию (за искл. пенсии по нетрудоспособности)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
получаете пособие спасателя во время ожидания пенсии по старости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
получаете выплачиваемую на основании Закона об иностранной службе или Закона о публичной службе плату супруга(-и)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
получаете возмещение по трудоспособности как прокурор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
находитесь в тюремном заключении или под арестом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Если Вы получаете от иностранного государства пособие, пенсию или иное денежное возмещение, выплачиваемое с такой же целью, что и пособие на трудоспособность, то:**

укажите иностранное государство, выплачивающее Вам пособие, пенсию или иное денежное возмещение	
---	--

<p>укажите вид, сумму и период выплаты выплачиваемого Вам пособия, пенсии или денежного возмещения (также приложите к данному ходатайству документ, который это подтверждает, напр., решение о назначении пособия, пенсии или возмещения)</p>	
---	--

При ходатайстве о пособии на трудоспособность соответствую по крайней мере одному из следующих условий (поставьте крестик (x) напротив того условия, которому Вы соответствуете):

<p><input type="checkbox"/> <b>работаю на основании трудового договора, договора подряда, договора поручения или иного обязательно-правового договора, или оказываю услугу или продаю товар в значении Закона об упрощённом налогообложении или нахожусь на публичной службе</b></p>	
<p>если Вы работаете в другой стране, то напишите название иностранного государства, в котором работаете</p>	
<p>работодатель в иностранном государстве</p>	
<p>контакты работодателя в иностранном государстве – адрес, э-почта, телефон</p>	

дата начала трудовых отношений в иностранном государстве	
<input type="checkbox"/> являюсь членом Рийгикогу, членом Европейского парламента, Президентом Республики, членом Правительства Республики, судьёй, канцлером права, государственным контролёром, государственным примирителем, старейшиной части волости или части города, наёмным председателем или заместителем председателя собрания подразделения местного самоуправления, наёмным членом волостного или городского правления, в том числе волостным старейшиной или мэром города	
<input type="checkbox"/> занимаю общественно-правовую должность как независимое лицо	
<input type="checkbox"/> являюсь членом органа управления или контроля юридического лица	
<input type="checkbox"/> зарегистрирован(-на) в качестве физического лица-предпринимателя	
<input type="checkbox"/> занесён(-на) в регистр налогообложения как супруг(-а), участвующий(-щая) в деятельности физического лица-предпринимателя	
<input type="checkbox"/> зарегистрирован(-на) в качестве безработного	
<input type="checkbox"/> получаю основное, среднее, прикладное или высшее образование	
если Вы получаете образование в иностранном государстве, то укажите где учитесь	
название учебного учреждения в иностранном государстве, где Вы получаете образование	



период обучения в другой стране	
<input type="checkbox"/> <b>нахожусь в академическом отпуске в учебном заведении</b>	
если Вы находитесь в академическом отпуске в учебном заведении другого государства, то отметьте период и причину академического отпуска	
<input type="checkbox"/> <b>воспитываю или опекаю по крайней мере одного ребёнка в возрасте до трёх лет</b>	
если ребёнок не занесён в Эстонский регистр народонаселения, то отметьте дату рождения и имя ребёнка, если возможно, то личный код ребёнка	
если ребёнок находится под опекой в семье, то отметьте имя ребёнка, личный код и название местного самоуправления, с которым у семьи заключён договор об опеке	
<input type="checkbox"/> <b>опекаю члена семьи с тяжёлой или глубокой степенью недуга/ опекаю лицо с ограниченными возможностями на основании § 26 Закона о социальном обеспечении</b>	
имя, личный код, если нет личного кода, то дата рождения опекаемого лица	
период опеки	

если Вы опекаете лицо с ограниченными возможностями на основании § 26 Закона о социальном обеспечении, то укажите документ о распоряжении по опеке	
<input type="checkbox"/> <b>получаю пособие, назначенное творческим союзом</b>	
творческий союз, который выплачивает пособие на творчество	
период получения пособия на творчество	
документ о назначении пособия на творчество	
<input type="checkbox"/> <b>без моего согласия определён в попечительское учреждение для получения круглосуточной специализированной попечительской услуги</b>	
название попечительского учреждения	
дата определения в попечительское учреждение	
<input type="checkbox"/> <b>в отношении меня применяется принудительное лечение, иное заменяющее наказание или средство воздействия, вследствие которых у меня нет возможности выполнять вышеназванные условия</b>	
укажите где Вы проходите лечение, или какое иное заменяющее наказание или средство воздействия применяется в отношении Вас	
<input type="checkbox"/> <b>прохожу срочную, альтернативную или резервную службу в армии</b>	

**Прошу выплачивать назначенное мне пособие на трудоспособность**

<b>На мой расчётный счёт в Эстонии:</b>	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счёта:	
<b>На мой расчётный счёт в иностранном государстве, расходы за мой счёт:</b>	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счёта:	
SWIFT/BIC коды:	
Название банка:	
<b>На эстонский расчётный счёт, принадлежащий другому лицу:</b> (возможности подачи ходатайства: подписать на месте в отделении кассы по безработице, отправить дигитально подписанное или нотариально заверенное ходатайство)	<input type="checkbox"/>
Имя и фамилия другого лица:	
Номер банковского счёта:	
<b>На эстонский расчётный счёт подразделения местного самоуправления:</b>	<input type="checkbox"/>
Название местного самоуправления:	
Номер банковского счёта:	
Номер ссылки:	
<b>По почте с доставкой на дом, расходы за мой счёт:</b>	<input type="checkbox"/>
напишите адрес, по которому Вам принесут пособие: ..... .....	

**По почте с доставкой на дом по моему адресу за счёт расходов Эстонской кассы по безработице, так как у меня определён недуг глубокой степени и:**

у меня проблемы с передвижением;

я живу в редконаселённом месте, и банковские услуги для меня труднодоступны

Обоснуйте своё пожелание

.....  
.....  
.....

**Если Вы ходатайствуете о доставке пособия на дом за счёт расходов кассы по безработице, то помимо вышеуказанного способа выплаты пособия, отметьте ещё один способ выплаты на тот случай, если возможность доставки пособия на дом за счёт расходов кассы по безработице не будет предоставлена.**

Обязуюсь незамедлительно сообщить Эстонской кассе по безработице об обстоятельствах, которые могут повлиять на моё право получать пособие на трудоспособность и на размер выплачиваемого пособия, в т.ч. о переезде на жительство в иностранное государство и о трудоустройстве в нём, а также о получаемых в иностранном государстве заработной плате, страхового возмещения по безработице, родительского возмещения, временного пособия по нетрудоспособности и пенсии, а также о получении пособия, пенсии или иного денежного возмещения, которые выплачиваются с такой же целью, что и пособие на трудоспособность.

Осведомлѐн(-на) о том, что Эстонская касса по безработице может востребовать с меня пособие на трудоспособность, назначенное и выплаченное мне без законных оснований.

---

(дата)

(имя и фамилия)

(подпись)

# ХОДАТАЙСТВО О СОЦИАЛЬНОМ ПОСОБИИ И КАРТЕ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА С НЕДОСТАТКОМ ЗДОРОВЬЯ

## Данные ходатайствующего

Имя: .....	
фамилия: .....	
Личный код: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ При отсутствии личного кода укажите дату рождения и пол .....	
Э-почта	
Номер телефона	
Контактный адрес	

## Данные представителя

Имя и фамилия/наименование юридического лица .....	
Личный код (при отсутствии такового дата рождения)/ регистрационный код представителя .....	
Основание для права представлять ходатайствующего (напр., опекун, родитель, доверенное лицо) .....	
Э-почта	
Номер телефона	
Контактный адрес	

## ХОДАТАЙСТВУЮ

О социальном пособии лица трудоспособного возраста с недостатком здоровья

О пособии для родителя с ограниченными возможностями

О карте лица с недостатком здоровья

## Социальное пособие желаю получать

на мой расчётный счёт

..... (название банка)	..... (номер расчётного счёта)
---------------------------	-----------------------------------

на расчётный счёт другого лица

**Имя и фамилия, личный код/наименование юридического лица и регистрационный код владельца расчётного счёта:**

..... (название банка)	..... (номер расчётного счёта)
---------------------------	-----------------------------------

по почте с доставкой на дом за мой счёт

по почте с доставкой на дом за счёт Департамента социального страхования<sup>1</sup>

<sup>1</sup> На основании поданного в Департамент социального страхования обоснованного ходатайства социальные пособия лиц с недостатком здоровья выплачиваются по почте с доставкой на дом за счёт Департамента социального страхования лицу, имеющему препятствия к передвижению или проживающему в редко заселённой местности, для которого сложно обеспечить доступность банковской услуги лицу с глубоким недостатком здоровья, у которого определена частичная трудоспособность или отсутствие трудоспособности.

**Обоснование получения пособия по почте с доставкой на дом за счёт Департамента социального страхования**

.....  
.....  
.....

**Способ получения решения о социальном пособии**

*(отметьте крестиком (X) только один вариант из перечня возможных способов доставки)*

**В бюро обслуживания Департамента социального страхования (в каком городе):**

**По э-почте<sup>1</sup>** (По э-почте (для того чтобы открыть приложенный к письму документ в формате PDF, в Вашем компьютере должна быть установлена программа Acrobat Reader или другая подобная программа)

**По э-почте в зашифрованном виде** (приложенный к письму документ зашифрован, и для того чтобы его открыть необходимы ID-карта, устройство считывания ID-карты и программа DigiDoc, а также Acrobat Reader или другая подобная программа для того чтобы открыть документ в формате PDF)

**Простым письмом по указанному в ходатайстве адресу места жительства<sup>1</sup>** (простое письмо доставляется в Ваш почтовый ящик)

<sup>1</sup> Незашифрованный документ передается Вам в открытом виде, это означает, что каждый, кто имеет доступ к Вашему адресу э-почты, может ознакомиться с содержанием документа. Департамент социального страхования не гарантирует безопасность и конфиденциальность передаваемых Вам данных.



**Заказным письмом по указанному в ходатайстве адресу места жительства**  
(заказное письмо выдается по месту жительства или в почтовом отделении по месту жительства)

**Способ получения карты человека с недостатком здоровья**

*(отметьте крестиком (X) только один вариант из перечня возможных способов доставки)*

**В бюро обслуживания Департамента социального страхования** (в каком городе):

**Простым письмом по указанному в ходатайстве адресу места жительства<sup>2</sup>**  
(простое письмо доставляется в Ваш почтовый ящик)

**Заказным письмом по указанному в ходатайстве адресу места жительства**  
(заказное письмо выдается по месту жительства или в почтовом отделении по месту жительства)

**К ходатайству приложены следующие документы**

.....  
.....  
.....

<sup>1/2</sup>*При отправке документа простым письмом, Департамент социального страхования не гарантирует, что данные дойдут до адресата.*

## ОСВЕДОМЛЁН(-А):

1. Департамент социального страхования оформляет решение об определении или неопределении недостатка здоровья в течение 15 рабочих дней со дня получения достаточных данных.
2. Департамент социального страхования выносит решение об определении или неопределении социальных пособий в течение 10 рабочих дней со дня вынесения решения об определении или неопределении недостатка здоровья.
3. Получатель социального пособия для человека с недостатком здоровья обязан в течение 10 дней письменно оповестить Департамент социального страхования об обстоятельствах, которые влекут за собой прекращение, приостановление или изменение размера социального пособия.
4. Карта человека с недостатком здоровья выдаётся при определении недостатка здоровья в случае повторной экспертизы без подачи нового ходатайства.
5. Карта человека с недостатком здоровья не выдаётся в том случае, если нет действительного недостатка здоровья или если в ходе экспертизы недостаток здоровья не определён.

О необходимости предоставления дополнительных документов, а также о том, какие документы необходимо предоставить к назначенному сроку, Департамент социального страхования письменно извещает ходатайствующего при первой возможности. В случае непредоставления дополнительных документов к указанному сроку, Департамент социального страхования выносит решение о назначении или не назначении социального пособия на основании имеющихся документов.

20 . а		
--------	--	--

Дата заполнения  
ходатайства

(Имя и фамилия)

(Подпись)







