

Eesti Töötukassa

Sotsiaalkindlustusamet

**Ходатайство об оценке трудоспособности,
установлении степени тяжести недостатка
здоровья и пособиях**

Февраль 2020

Формы ходатайства об оценке трудоспособности и установлении степени недостатка здоровья и ходатайства о пособиях на русском языке предназначены для того, чтобы упростить процедуру подачи ходатайств. Все предоставленные в ходатайствах данные будут переведены на эстонский язык и занесены в инфосистему, все решения по представленным ходатайствам выносятся и предоставляются на эстонском языке.

Содержание

I ОБЩАЯ ЧАСТЬ	7
1.1. Данные ходатайствующего	7
1.2. Способы получения решений об оценке трудоспособности и пособия на трудоспособность, извещения об установлении степени тяжести недостатка здоровья и пособий	13
1.3. Врачи и другие специалисты	18
II СОСТОЯНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ	21
III ОПЫТ РАБОТЫ	23
IV ПОСТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ	24
V ФИЗИЧЕСКИЕ И УМСТВЕННЫЕ СПОСОБНОСТИ	25
1. Передвижение	27
2. Движение рук	35
3. Передача и прием информации	40
4. Нахождение в сознании и уход за собой	44
5. Обучаемость и выполнение действий	49
6. Адаптация к изменениям и восприятие опасности	53
7. Общение	58
8. Воздействие веществ, вызывающих зависимость, и побочные эффекты от лекарств.....	61
9. Иные нарушения здоровья	63
ХОДАТАЙСТВО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ	67
ДОВЕРЕННОСТЬ	79

В течение шести месяцев до подачи ходатайства Вы должны посетить своего основного лечащего врача или врача по гигиене труда. Если на основе имеющихся данных нельзя будет определить степень трудоспособности, то Эстонская касса по безработице имеет право направить Вас к экспертному врачу, который проведет оценку в ходе визита.

В случае установления частичной трудоспособности, для получения пособия на трудоспособность вы должны соответствовать по крайней мере одному условию активности (напр., работать, быть зарегистрированным(-ой) безработным (-ой), учиться и др.). Во всех вопросах с выбором ответов отметьте подходящий вариант крестиком (X).

I ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. Данные ходатайствующего

Имя:	Фамилия:
Личный код: _ _ _ _ _	
Если нет эстонского личного кода, укажите дату рождения: ____.____. ____ и пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Личный код другого государства (если он есть):	
Государство, которое выдало личный код:	
Почтовый адрес (для получения карточки по трудоспособности и карты лица с недостатком здоровья):	
Адрес э-почты:	Телефон:

Если у Вас имеется нарушение речи или слуха или иная проблема, по причине которой Вы не можете общаться по телефону, и Вы согласны, что по вопросам, связанным с ходатайством, будут связываться с кем-то из Ваших близких, то напишите, с кем (имя и фамилия, контакты):

.....
.....

Если Ваше место жительства находится как в Эстонии, так и в каком-либо другом государстве, то укажите название государства и адрес места жительства в этом государстве:

.....

Данные о проживании/работе за границей

Если Вы проживаете/работаете или проживали/работали за границей, то укажите это иностранное государство и период проживания/работы в нем с точностью до дня.

Государство	Период	Если Вы работали в этом государстве в течение последних 5 лет, то укажите кем Вы работали (при ответе учитывайте все формы работы)

ДААННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО

Заполните данные представителя (уполномоченного представителя, родителя, опекуна), если ходатайствующему нет 18 лет или если ходатайствующему назначен опекун или представитель.

Опекун/родитель

Уполномоченный представитель

Имя:	Фамилия:
Личный код: _ _ _ _ _	
Адрес э-почты:	Телефон:
Почтовый адрес:	

Если представителем ходатайствующего является юридическое лицо, то укажите название юридического лица:

.....

Если ходатайство подает уполномоченное лицо, то приложите к ходатайству доверенность, которая дает право представлять интересы ходатайствующего.

ХОДАТАЙСТВУЮ:

<input type="checkbox"/>	Об оценке трудоспособности
<input type="checkbox"/>	О пособиях на трудоспособность
<input type="checkbox"/>	Об установлении степени тяжести недостатка здоровья
<input type="checkbox"/>	О пособиях для лица трудоспособного возраста с недостатком здоровья
<input type="checkbox"/>	О пособиях на ребенка с недостатком здоровья (выплачивается одному из родителей или родителю, который воспитывает ребенка один, опекуну или на основании договора об уходе за ребенком в семье)

В какое представительство кассы по безработице Вы хотите обращаться в случае возникновения вопросов?

.....

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ДАННЫХ О ЗДОРОВЬЕ, НАХОДЯЩИХСЯ В ИНФОСИСТЕМЕ ЗДОРОВЬЯ

Согласен(-а), что Эстонская касса по безработице и Департамент социального страхования с целью оценки трудоспособности и установления степени тяжести недостатка здоровья будут обрабатывать:

- | | |
|---|--|
| □ | находящиеся в инфосистеме здоровья мои/моего подопечного данные (имена врачей, которые ввели информацию в систему, а также введенные ими данные о здоровье, в т.ч. о визитах, пребывании в больнице или лекарствах). Вышеназванные данные будут обрабатывать только имеющие квалификацию врача работники, а также поставщики медицинских услуг, которые привлечены к оценке трудоспособности. Занесенные в инфосистему имя врача и время введения информации будут обрабатывать только работники, имеющие соответствующее право. |
|---|--|

Осведомлен(-а), что это согласие распространяется также на личные данные, находящимся в инфосистеме здоровья, доступ к которым я запретил(-а) поставщикам медицинских услуг.

Осведомлен(-а), что у меня есть право в любое время отозвать свое согласие (согласие нельзя отозвать задним числом), представив для этого заявление Эстонской кассе по безработице или Департаменту социального страхования. С условиями обработки личных данных можно ознакомиться на портале кассы по безработице www.tootukassa.ee или сайте Департамента социального страхования www.sotsiaalkindlustusamet.ee.

1.2. Способы получения решений об оценке трудоспособности и пособия на трудоспособность, извещения об установлении степени тяжести недостатка здоровья и пособий

Прошу выдать РЕШЕНИЯ/ИЗВЕЩЕНИЕ:			
Ходатайствующему <input type="checkbox"/>		Опекуну/родителю <input type="checkbox"/>	
Уполномоченному представителю <input type="checkbox"/>			
Отметьте крестиком (X) только один вариант из перечня возможных способов получения решений и извещения.			
Желаю получить РЕШЕНИЯ ОБ ОЦЕНКЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ*:			
<input type="checkbox"/>	По э-почте	<input type="checkbox"/>	Обычным письмом
<input type="checkbox"/>	В представительстве кассы по безработице Желаю получить уведомление о том, что можно прийти за решением: по э-почте <input type="checkbox"/> по телефону <input type="checkbox"/>		
Желаю получить ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТКА ЗДОРОВЬЯ:			
<input type="checkbox"/>	Обычным письмом	<input type="checkbox"/>	Заказным письмом
<input type="checkbox"/>	По э-почте (решение отправляется по э-почте, если степень тяжести недостатка здоровья не установлена)		

* Решение об оценке трудоспособности и решение о пособии на трудоспособность, а также экспертное мнение доступны также на портале самообслуживания www.tootukassa.ee, экспертное мнение доступно также на портале для пациентов www.digilugu.ee.

Прошу переводить ПОСОБИЯ:	
На расчетный счет ходатайствующего в Эстонии:	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
На расчетный счет ходатайствующего в другой стране за счет ходатайствующего:	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
SWIFT/BIC-код:	
Название банка:	
На расчетный счет другого лица, в т.ч. местного самоуправления или иного учреждения в Эстонии: (можно выбрать, если данное ходатайство подписывается на месте в кассе по безработице или департаменте социального страхования, подается в дигитально подписанном или нотариально заверенном виде)	<input type="checkbox"/>
Имя и фамилия другого лица/название местного самоуправления или иного учреждения:	
Личный код другого лица: _____	
Номер банковского счета: _____	
Номер ссылки:	
По почте с доставкой на дом за счет ходатайствующего:	<input type="checkbox"/>
напишите адрес доставки на дом:	

По почте с доставкой на дом за счет кассы по безработице/департамента социального страхования по адресу ходатайствующего, так как имею глубокий недостаток здоровья и:

- у меня сложности с передвижением;
- я проживаю в малонаселенной местности и банковская услуга для меня труднодоступна.



Обоснуйте свое желание

.....

.....

Если Вы ходатайствуете о доставке на дом по почте за счет кассы по безработице /департамента социального страхования, укажите помимо вышеназванных способов получения еще один альтернативный способ получения выплат на случай, если доставка на дом за счет кассы по безработице/департамента социального страхования не будет возможна.

Если Вы желаете получать пособие на трудоспособность от кассы по безработице другим способом или на другой счет, чем пособие по недостатку здоровья, то укажите, каким способом Вы желаете получать пособие на трудоспособность и дополните выше в соответствующих строках данные о способе получения пособия.

Пособие на трудоспособность переводить:

На расчетный счет ходатайствующего в Эстонии	<input type="checkbox"/>
На расчетный счет ходатайствующего в другой стране за счет ходатайствующего:	<input type="checkbox"/>
На расчетный счет другого лица, в т.ч. местного самоуправления или иного учреждения в Эстонии:	<input type="checkbox"/>
По почте с доставкой на дом за счет ходатайствующего:	<input type="checkbox"/>
По почте с доставкой на дом за счет кассы по безработице по адресу ходатайствующего	<input type="checkbox"/>

Если Вы получаете пособие, пенсию или иное денежное возмещение от другого государства, которые выплачиваются с той же целью, что и пособие на трудоспособность, то напишите:

иностранное государство,
которое выплачивает
пособие, пенсию или иное
денежное возмещение

вид, сумма и период
выплаты получаемого
от иностранного
государства пособия,
пенсии или иного
денежного возмещения
(также приложите к
ходатайству документ,
подтверждающий
это, напр., решение о
назначении пособия,
пенсии или возмещения)

1.3. Врачи и другие специалисты

Посещали ли Вы в течение последних шести месяцев врача?

ДА НЕТ

Если Вы проживаете или работаете за границей, и в течение последних шести месяцев посещали врача там, то напишите, в каком государстве:

.....

1.3.1. Назовите врачей, у которых имеются данные относительно существенных расстройств здоровья для оценки Вашей трудоспособности. Отметьте здесь только тех врачей, которые диагностировали или лечили Ваше хроническое заболевание.

ВРАЧ	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	
ВРАЧ	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	
ВРАЧ	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	
Имя и фамилия	
Специальность	
Учреждение	
Время последнего обращения к врачу (год, месяц)	

По желанию укажите специалистов, которые при необходимости могли бы предоставить дополнительные сведения о Ваших ограничениях деятельности.

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК	
Имя и фамилия	
Учреждение	
ПСИХОЛОГ	
Имя и фамилия	
Учреждение	
ПОСТАВЩИК СОЦИАЛЬНОЙ УСЛУГИ (в т.ч. опорное лицо, руководитель деятельности и др.)	
Имя и фамилия	
Учреждение	
ДРУГОЙ СПЕЦИАЛИСТ (напр., физиотерапевт, трудовой терапевт, специальный педагог, логопед)	
Имя и фамилия	
Учреждение	

II СОСТОЯНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

При наличии нижеперечисленных состояний Ваше ходатайство рассматривается в упрощенном порядке.

Если исключаящее трудоспособность состояние не найдет подтверждение в ходе экспертизы, то позднее Вас попросят заполнить ходатайство об оценке трудоспособности в полном объеме.

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

ДА НЕТ

- лечение, смягчающее симптомы злокачественной опухоли, т.е. наилучшее поддерживающее лечение, когда специфическое онкологическое лечение исчерпано или неприменимо;
- диализное лечение;
- искусственная вентиляция легких (управляемое дыхание) или постоянная кислородная терапия по причине недостаточной функции дыхания;
- деменция;
- умеренная или тяжелая или глубокая умственная отсталость;
- постоянно лежачий больной (необходимость в круглосуточной посторонней помощи)

Обязуюсь незамедлительно сообщать кассе по безработице об обстоятельствах, которые влияют на мое право получать пособие на трудоспособность и на его размер, в т.ч. о переезде и трудоустройстве в другом государстве, а также о получаемой в другом государстве зарплаты, страхового возмещения по безработице, родительского возмещения, возмещения по временной нетрудоспособности и пенсии, а также о пособии, пенсии или ином денежном возмещении, выплачиваемом с той же целью, что и пособие на трудоспособность.

Обязуюсь незамедлительно сообщать Департаменту социального страхования об обстоятельствах, которые влияют на мое право получать социальные пособия для людей с недостатком здоровья, в т.ч. о прерывании учебы ребенка (пособие на ребенка с недостатком здоровья), переезде в другое государство, а также о получаемой в другом государстве пособии или ином денежном возмещении, выплачиваемом с той же целью, что и социальное пособие для людей с недостатком здоровья.

Осведомлен(-на), что Эстонская касса по безработице/Департамент социального страхования может востребовать с меня обратно пособие/возмещения, назначенные и выплаченные мне без законных для этого оснований.

2.2. Если в пункте 2.1., при ответе о состоянии, исключающем трудоспособность, Вы ответили ДА и не желаете дальше заполнять форму ходатайства, то подпишите ходатайство.

..... (дата) (имя ходатайствующего) (подпись)

..... (дата) (имя представителя ходатайствующего) (подпись)

III ОПЫТ РАБОТЫ

Если на нынешнем месте работы из-за проблем со здоровьем у Вас имеются трудности с выполнением рабочих обязанностей, то опишите их:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Если какие-либо Ваши предыдущие трудовые отношения были прекращены по состоянию здоровья, то опишите причины:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV ПОСТОРОННЯЯ ПОМОЩЬ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Посторонняя помощь

Пользуетесь ли Вы в повседневной деятельности помощью другого человека?

ДА НЕТ

Реабилитация

Пользовались ли Вы в течение последних трех лет услугой социальной реабилитации, предоставляемой через департамент социального страхования?

ДА НЕТ

(Информация о профессиональной реабилитации доступна кассе по безработице).

Социальные услуги

Если Вы пользуетесь социальными услугами, то перечислите какими:

.....

V ФИЗИЧЕСКИЕ И УМСТВЕННЫЕ СПОСОБНОСТИ

Далее оцените, как Вы можете выполнять различные виды деятельности, учитывая свои физические и психические способности.

Ваша собственная оценка ограничений деятельности при ОЦЕНКЕ трудоспособности очень важна. Описывая ограничения, опишите как можно точнее их возникновение, частоту и степень их проявления.

Выполнение действия без усилий означает, что Вы можете выполнять данную деятельность безопасно, многократно и без чрезмерного напряжения.

Вариант ответа «Моя способность может меняться» выбирайте в том случае, если Вы иногда можете, а иногда не можете выполнять данную деятельность (напр., из-за периодического обострения заболевания). Опишите как можно точнее так называемые «хорошие» и «плохие» дни, также уточните частоту проявления ограничений.

Перед тем как приступить к заполнению ходатайства, прочитайте всю форму ходатайства, тогда будет легче понять, какие части ходатайства нужно заполнить для описания своих ограничений.

Есть ли у Вас желание участвовать в повседневной жизни?

ДА НЕТ

Если Вы ответили НЕТ, то опишите, как часто, и в каких повседневных действиях у Вас проявляются трудности с желанием?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Передвижение

В этой части спрашивается о том, как Вы можете передвигаться, ходить по лестницам, преодолевать препятствия, сохранять или менять положения стоя и сидя.

Если для передвижения, нахождения в положении стоя или сидя Вы пользуетесь вспомогательными средствами или помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Вспомогательными средствами для передвижения могут быть: протез(-ы) нижних конечностей; инвалидные коляски электрические и с ручным управлением; костыли, палки для ходьбы, рамы для ходьбы; автомобили с адаптированным управлением; двух- и трехколесные мопеды, адаптированные велосипеды (в т.ч. с мотором); оборудование для перемещения и смены положения тела (столы для выравнивания тела, подъемники, пандусы); осязательные и белые трости, собака-поводырь; поддерживающие ортезы для рук, ног, спины или шеи и др.

1.1. Передвижение на разноуровневых поверхностях

Под передвижением подразумевается преодоление какого-либо расстояния в обычном темпе на одноуровневой поверхности. Описывая свои ограничения, сравнивайте себя со своим другом, членом семьи или коллегой. Поспевааете ли Вы за его шагом? Были ли случаи, когда Ваш спутник должен был останавливаться и ждать Вас? Под передвижением на разноуровневых поверхностях подразумевается передвижение на неровных поверхностях, преодоление препятствий и передвижение по лестницам.

Могу без трудностей передвигаться и ходить по лестнице.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.2 (стр. 30). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

1.1.1. Какое расстояние Вы можете преодолевать без боли, слабости, усталости, головокружения, нехватки воздуха или нарушения равновесия?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы передвигаетесь, и что препятствует Вашему передвижению. Напишите частоту проявления ограничений (в день, в неделю и т.д.) при болях и их интенсивность. Если Вы используете вспомогательное средство, то опишите, какое и как. Если Вы не можете использовать рекомендованное или выписанное Вам вспомогательное средство, опишите, по какой причине.

.....

.....

.....

.....

.....

1.1.2. Можете ли Вы передвигаться по лестницам и при необходимости преодолевать препятствия (напр., пороги, бордюры и др.)?

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность подниматься и спускаться по лестнице может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, нуждаетесь ли Вы во вспомогательном средстве. Проявляется ли у Вас при преодолении препятствий или передвижении по лестнице боль, потеря равновесия, нехватка воздуха или учащенное сердцебиение, падения и др., и как часто.

.....

.....

.....

.....

.....

1.2. Безопасное передвижение

Под безопасным передвижением подразумевается передвижение в желаемое место в течение разумного времени, без трудностей и опасностей (напр., без потери равновесия, падений, на разноуровневых поверхностях). Здесь подразумевается безопасное передвижение при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, а также при нарушениях зрения и слуха. Здесь не рассматриваются трудности, вызванные страхом или беспокойством.

Могу безопасно передвигаться в помещениях и на улице.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.3 (стр. 32). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

1.2.1. Можете ли Вы безопасно передвигаться по улице, в т.ч. в тех местах, где Вы раньше не были?

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

Уточните выбранный ответ, в т.ч. использование вспомогательных средств. Опишите те трудности, которые мешают Вам безопасно передвигаться. Если Вы используете вспомогательные средства (в т.ч. для зрения, слуха, передвижения), то опишите, как они помогают Вам безопасно передвигаться.

.....

.....

.....

.....

.....

1.2.2. Можете ли Вы безопасно передвигаться в помещениях, в т.ч в помещениях, где Вы раньше не были?

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность безопасно передвигаться в помещениях может меняться

Уточните выбранный ответ, в т.ч. опишите использование вспомогательных средств. Опишите те трудности, которые мешают Вам добираться до новых мест и там безопасно передвигаться.

.....

.....

.....

.....

.....

1.3. Стояние и сидение

Под стоянием подразумевается нахождение на одном месте, при необходимости с использованием вспомогательного средства или какой-либо другой опоры (напр., стол, стул). Помощь другого человека здесь учитывать нельзя.

Под сидением подразумевается нахождение в сидячем положении на стуле без подлокотников. Положение сидя и стоя можно чередовать, т.е. после положения стоя можно посидеть 2-3 минуты и наоборот.

Могу без трудностей и проявлений боли сохранять и менять положения тела.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 1.4 (стр. 34). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

1.3.1. Можете ли Вы стоять или сидеть на одном месте, не чувствуя боли или усталости?

- Да
- С небольшими трудностями
- Могу до 3-х часов
- Могу менее чем 1 час
- Нет
- Моя способность стоять и сидеть на одном месте, или чередовать положения тела может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите способность находиться в одном положении и трудности, которые при этом у Вас возникают. Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

.....

1.3.2. Можете ли Вы чередовать положения тела, напр., вставать, садиться на стул, наклоняться и т.д.?

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность чередовать положения тела может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, есть ли у Вас трудности при чередовании положения тела, и в чем они проявляются. Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

.....

1.4. Иные ограничения, связанные с передвижением

Если у Вас имеются трудности с передвижением, сохранением или чередованием положений тела, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

2. Движение рук

В этой части спрашивается, можете ли Вы без чрезмерных усилий в своих каждодневных действиях выпрямлять руки, захватывать и перемещать большие предметы, а также выполнять пальцами точные движения. Действия руками выполняются без трудностей, если нет боли, слабости и дрожи в руках, ограничений движений и др.

Если Вы пользуетесь вспомогательными средствами или помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Вспомогательными средствами для действий руками могут быть, например, протезы верхних конечностей или рук, роботизированная рука, захваты, поддерживающие ортезы для верхних конечностей, кистей рук и пальцев, компьютерные клавиатуры и/или мыши специального назначения.

Я:

- Левша
- Правша

2.1. Выпрямление рук

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

Могу без трудностей поднимать руки вверх.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.2 (стр. 36). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

2.1.1. Можете ли Вы поднимать руку настолько высоко, чтобы, например, взять с полки какой-либо предмет?

- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность поднимать или сгибать руку для совершения действия может меняться

Уточните выбранный ответ. Если Вы не можете поднимать руку, то опишите, по какой причине, и касается ли это обеих рук. Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

2.2. Перемещение предметов

Под перемещением предметов подразумевается их захват двумя руками и перемещение их в желаемое место на высоте пояса (с одной стороны на другую).

Могу без трудностей перемещать предметы руками.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.3 (стр. 38). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

2.2.1. Можете ли Вы поднять или переместить 1-литровый сосуд с жидкостью?

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

Уточните выбранный ответ. Если Вы не можете перемещать литровый сосуд, заполненный жидкостью, то опишите, в чем состоят трудности (напр., из-за ненадежности рук жидкость может пролиться, или из-за нехватки силы в одной руке, Вы должны помогать второй рукой и др.). Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

2.2.2. Можете ли Вы без трудностей поднимать и перемещать большой и легкий предмет, напр., подушку или пустую картонную коробку?

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность поднимать и перемещать такие предметы может меняться

Уточните выбранный ответ. Если Вы не можете поднимать предметы, то напишите, по какой причине.

.....

.....

.....

.....

2.3. Ловкость рук

Под ловкостью рук подразумевается движение и сила пальцев и запястий, способность поворачивать запястье руки внутрь и наружу, а также точные движения рук и пальцев (захват, удержание, перебирание пальцами мелких предметов).

Могу без трудностей пользоваться руками и пальцами.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 2.4 (стр. 39). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

2.3.1. Вы можете пользоваться руками и пальцами?

- С небольшими трудностями при выполнении какого-либо действия
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность пользоваться руками и пальцами может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, с какими действиями у Вас возникают трудности и почему. Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

2.4. Иные ограничения, связанные с движением рук

Если у Вас имеются трудности, связанные с движением рук, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

3. Передача и прием информации

В этой части спрашивается, можете ли Вы общаться, учитывая свои возможности зрения, слуха и речи, а также способность передавать и принимать информацию.

Если Вы пользуетесь для общения вспомогательными средствами или помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Вспомогательными средствами для общения могут быть, например, очки, лупы, телевизоры для чтения, увеличивающие видео- или другие системы, тактильные материалы, слуховые аппараты, имплантируемые слуховые аппараты, слуховые очки, усилители звука, электронные вспомогательные средства для общения (аппараты для общения), альтернативные вспомогательные средства для коммуникации (коммуникаторы) и др.

3.1. Передача информации

Под передачей информации подразумевается общение посредством речи и письма. Информацию можно передавать в том числе с помощью языка жестов, набора печатного текста и др.

Могу без трудностей общаться с другими людьми устно и письменно.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 3.2 (стр. 41). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

3.1.1. Можете ли Вы передать другому человеку простую информацию?

(простой информацией может быть, например, зов о помощи, информация о времени или месте нахождения)

- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность передавать простую информацию может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы общаетесь с другими людьми. В чем проявляются трудности при передаче информации другим людям? Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

3.2. Прием информации

В этой части спрашивается, можете ли Вы принимать различную информацию с помощью слуха или зрения.

Могу без трудностей услышать сказанное и прочесть написанное.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 3.3 (стр. 43). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

3.2.1 Можете ли Вы услышать и/или прочитать по губам другого человека простую информацию?

(простой информацией может быть, например, зов о помощи, информация о времени или месте нахождения)

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет
- Моя способность принимать устно передаваемую информацию может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, с какими действиями у Вас имеются трудности и почему? Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

3.2.2. Можете ли Вы прочитать информацию, напечатанную крупным шрифтом?

(под крупным шрифтом подразумевается обычно текст, напечатанный крупнее чем в газетах и книгах, размер шрифта текста не менее 14)

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет

Моя способность читать письменную информацию может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы можете видеть и принимать информацию? Если Вы используете вспомогательные средства, то опишите, какие и как.

.....

.....

.....

.....

3.3. Иные ограничения, связанные с обменом информацией

Если у Вас имеются трудности с общением, связанные со слухом или речью, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

4. Нахождение в сознании и уход за собой

В этой части спрашивается:

- 1) бывают ли у Вас обмороки и проблемы с сознанием (напр., потеря сознания). Если да, то как часто;
- 2) имеются ли у Вас трудности с контролем функций кишечника и мочевого пузыря. Если да, то какие;
- 3) можете ли Вы без трудностей есть и пить.

Если Вы для контроля кишечника и мочевого пузыря, или для приема пищи и питья, пользуетесь вспомогательными средствами или помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Помогающими контролировать кишечник и мочевой пузырь вспомогательными средствами могут быть, напр., средства для сбора мочи и фекалий, средства для мочеиспускания, средства для защиты и очищения кожи, впитывающие памперсы и прокладки и др.

Вспомогательными средствами для приема пищи и питья могут быть, напр., столовые приборы и соломинки для питья, кружки, тарелки, миски специального назначения и др.

Вспомогательными средствами, связанными с уходом за собой, могут быть, напр., поручни для сиденья унитаза, сиденья и стульчаки для туалета, сиденья и стульчаки для душа и ванны, держатели для туалетной бумаги, вспомогательные средства при трахеостомии и др.

4.1. Нахождение в сознании

Под нахождением в сознании подразумевается обычное состояние бодрствования и способность контактировать во время бодрствования. Сюда не относятся головокружение или сонливость.

Нахожусь в сознании без трудностей.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.2 (стр. 46). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

4.1.1. Как часто у Вас бывают нарушения сознания?

(сюда относятся обмороки, приступ эпилепсии, связанные с диабетом нарушения сознания и др.)

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, по какой причине у Вас бывают нарушения сознания, и как они проявляются.

.....

.....

.....

.....

.....

4.2. Туалетные процедуры

Под туалетными процедурами подразумевается способность контролировать функции кишечника и мочевого пузыря, в т.ч. связанные со вспомогательными средствами проблемы, как часто пачкается одежда, и как часто нужно их менять.

При ответе учитывайте ограничения, связанные с использованием подгузников или приемников (стомные мешки и катетеры для мочи), небольшими протечками (контролируемые подгузниками или прокладками), которые не требуют смены одежды, также с удержанием содержания кишечника и мочевого пузыря (запорами).

Могу без трудностей контролировать функции кишечника и мочевого пузыря.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.3 (стр. 47). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

4.2.1. Имеются ли у Вас трудности с контролем функций кишечника или мочевого пузыря?

- Да, единичные случаи в течение года
- Да, каждый месяц
- Да, каждый день
- Моя способность контролировать функции кишечника и мочевого пузыря может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, как контролируете функции кишечника и мочевого пузыря, как Вы справляетесь с использованием вспомогательных средств, а также как часто Вы должны стирать свою одежду или менять ее из-за загрязнения, намокания или протечек.

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

4.3. Еда и питье

Под едой и питьем подразумевается самостоятельный прием предоставленной пищи и питья, используя при необходимости предназначенные для этого (вспомогательные) средства.

Могу есть и пить без трудностей.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 4.4 (стр. 48). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

4.3.1. Можете ли Вы положить себе в рот еду и питье без помощи другого человека?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, с какими действиями у Вас имеются трудности и какие? Опишите, какие вспомогательные средства Вы используете и при каких действиях.

.....

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

4.3.2. Можете ли Вы свободно жевать и глотать пищу?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы едите и пьете, и какие трудности могут быть у Вас при жевании и глотании пищи. Опишите, какие вспомогательные средства Вы используете и при каких действиях.

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

4.4. Иные ограничения, связанные с нахождением в сознании и уходом за собой

Если у Вас имеются иные трудности, связанные с уходом за собой, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

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

5. Обучаемость и выполнение действий

В этой части спрашивается, как Вы можете приобретать новые навыки и их использовать, планировать и совершать действия. При ответе учитывайте мотивацию и энергию, способность контролировать эмоции, упадки настроения, время, место и свое личное понимание способностей, способность удерживать и сохранять внимание и др. Если Вы пользуетесь помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Сюда относятся трудности выполнения действий, вызванные умственными и психическими ограничениями.

5.1. Обучение действиям

Под обучением действиям подразумевается способность научиться простым и сложным повседневным действиям и способность выполнять их.

Простое действие – это действие, состоящее из одного-двух этапов, например, переключение телеканалов с помощью пульта, подметание пола, накрывание посуды на стол.

Сложное действие – это действие, состоящее из нескольких последовательных этапов, например, покупка в магазине продуктов и приготовление еды, покупка средства для стирки и использование стиральной машины, пользование банковским автоматом и мобильным телефоном.

Могу без трудностей научиться простым и сложным повседневным действиям и выполнять их

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 5.2 (стр. 51). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

5.1.1. Можете ли Вы научиться простым действиям?

- Да
- С небольшими трудностями
- С умеренными трудностями
- С большими трудностями, почти невозможно
- Нет

Моя способность научиться простым действиям может меняться

Уточните выбранный ответ. Опишите, при изучении каких действий и при использовании каких навыков у Вас имеются трудности и почему.

.....

.....

.....

.....

5.1.2. Можете ли Вы научиться сложным действиям?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, при изучении каких действий и при использовании каких навыков у Вас имеются трудности и почему.

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

5.2. Начало и завершение действий

Под началом и завершением действий подразумевается способность планировать и выполнять повседневные действия. При ответе учитывайте, имеются ли у Вас трудности с памятью и способностью сосредотачиваться, а также насколько много у Вас желания, энергии и мотивации для начала и завершения действий.

Здесь описываются трудности, вызванные умственными и психическими ограничениями.

Могу без трудностей справляться с повседневными действиями.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 5.3 (стр. 52). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

5.2.1. Можете ли Вы сами замечать необходимость выполнять повседневные действия? Планировать, начинать и завершать их?

- 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. Опишите, что может осложнить для Вас выполнение действий, и в чем Вам нужна помощь другого человека.

.....

.....

.....

.....

5.3 Иные ограничения, связанные с обучением и выполнением действий

Если у Вас имеются трудности с изучением новых навыков, выполнением или организацией действий, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

6. Адаптация к изменениям и восприятие опасности

В этой части спрашивается, можете ли Вы без эмоционального напряжения и чрезмерной тревожности передвигаться за пределами дома, умеете ли Вы оценивать опасные ситуации в повседневной жизни и адаптироваться к изменениям. Если Вы пользуетесь помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

Здесь описываются трудности выполнения действий, вызванные умственными и психическими ограничениями.

6.1. Передвижение за пределами дома

Под эмоциональным и психическим напряжением, связанным с передвижением за пределами дома, подразумевается ощущение тревоги, дискомфорта или страха при передвижении за пределами дома. Трудности могут быть связаны также с пониманием времени и места, памятью или риском заблудиться.

Могу без эмоционального или психического напряжения передвигаться за пределами дома.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.2 (стр. 55). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

6.1.1. Можете ли Вы без эмоционального или психического напряжения и ощущения тревоги пойти в знакомые Вам места?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, нужно ли Вам и почему Вам нужно, чтобы кто-то пошел вместе с Вами.

.....

.....

.....

.....

6.1.2. Можете ли Вы без эмоционального или психического напряжения и ощущения тревоги пойти в незнакомые Вам места?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, нужно ли Вам и почему Вам нужно, чтобы кто-то пошел вместе с Вами.

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

6.2. Восприятие риска или опасности

Под восприятием опасности подразумевается понимание того, какие повседневные действия могут быть опасны для Вашего здоровья или здоровья других, из чего следует поведение, исключающее возникновение опасных ситуаций.

Могу безопасно справляться с повседневными действиями и понимаю опасности, обусловленные дорожным движением.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.3 (стр. 56). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

6.2.1. Нуждаетесь ли Вы для исключения опасности в ком-то рядом с собой?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, какие опасные ситуации могут возникать, и как Вы с ними справляетесь.

.....

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

6.3. Адаптация к изменениям

Под адаптацией к изменениям подразумевается приспособление к неожиданным ситуациям, которые нарушают повседневную рутину.

Могу без трудностей справляться с изменениями в повседневной жизни.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 6.4 (стр. 57). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

6.3.1. Справляетесь ли Вы с изменениями в своей повседневной жизни?

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

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, как Вы справляетесь с изменениями, и в чем состоят трудности.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.4. Иные ограничения, связанные с адаптацией к изменениям и восприятием опасности

Если у вас вследствие отсутствия желания или энергии имеются трудности при адаптации к изменениям или восприятию опасности, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

.....

7. Общение

В этой части спрашивается, имеются ли у Вас трудности при общении со знакомыми или посторонними людьми, и как Вы справляетесь в ситуациях, требующих общения. Если Вы пользуетесь помощью другого человека, то укажите это рядом с соответствующим действием.

7.1. Как Вы справляетесь с общением

Под межличностным общением подразумевается готовность встречаться с людьми, общаться со знакомыми и посторонними.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 7.2 (стр. 59). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

7.1.1. Можете ли Вы встречаться со знакомыми людьми, не испытывая при этом излишней тревожности и страха?

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

7.1.1. Можете ли Вы встречаться с незнакомыми людьми, не испытывая при этом излишней тревожности или страха?

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

Уточните выбранный ответ. Опишите, в чем состоят трудности при встрече и общении с людьми.

.....

.....

.....

.....

7.2. Уместное поведение

Под уместным поведением подразумевается поведение, которое соответствует ситуации, и при котором Вы контролируете эмоции – как Вы выражаете свои чувства, мешает ли Ваше поведение (умышленно или непреднамеренно) другим людям.

Могу контролировать свои эмоции и поведение.

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то перейдите к вопросу 7.3 (стр. 60). Если Вы ответили НЕТ, то продолжайте отвечать на следующие вопросы.

7.2.1. Как часто Вы теряете контроль над своими эмоциями и поведением?

- Редко
- Иногда
- Часто
- Каждый день

Уточните выбранный ответ. Опишите, как часто, в какой ситуации и как Ваше поведение мешает другим.

.....

.....

.....

.....

7.3. Иные ограничения, связанные с общением

Если у Вас имеются трудности при общении с людьми, но в заданных выше вопросах Вы не смогли их описать, то опишите эти трудности здесь.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Воздействие веществ, вызывающих зависимость, и побочные эффекты от лекарств

8.1. Есть ли у Вас при выполнении действий трудности, вызванные употреблением алкоголя или других веществ, вызывающих зависимость?

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните выбранный ответ. Опишите связанные с употреблением этих веществ проблемы и частоту их проявления, а также то, как это препятствует Вашей способности выполнять действия.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.2. Есть ли у Вас побочные эффекты, вызванные употреблением лекарств (напр., рвота, тошнота, головокружение и др.)?

ДА НЕТ

Если Вы ответили ДА, то уточните выбранный ответ. Опишите связанные с употреблением лекарств проблемы и частоту их проявления, а также то, как это препятствует Вашей способности выполнять действия.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Иные нарушения здоровья

В этой части опишите только те трудности, которые вызваны Вашим состоянием здоровья, и которые Вы не смогли описать в заданных выше вопросах.

9.1. Есть ли у Вас трудности при выполнении действий, которые Вы не смогли описать в заданных выше вопросах?

ДА НЕТ

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Перечислите документы, которые Вы предоставляете вместе с ходатайством.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... (дата) (имя ходатайствующего) (подпись)

..... (дата) (имя представителя ходатайствующего) (подпись)

Если Вы заполнили вышеприведенное ходатайство об оценке трудоспособности, то в ходатайстве о пособии на трудоспособность заполните только пункт 2 (условия активности), отметив, какому условию активности из списка Вы соответствуете.

Если Вы заполнили вышеприведенное ходатайство об оценке трудоспособности и отметили в пункте 2.1, что у Вас состояние, исключающее трудоспособность, то Вам не нужно заполнять нижеприведенное ходатайство о пособии на трудоспособность.

Если у Вас уже имеется оценка трудоспособности, и Вы хотите ходатайствовать о пособии на трудоспособность, то заполните все пункты ходатайства о пособии на трудоспособность.

ХОДАТАЙСТВО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

1. ДАННЫЕ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Имя:	Фамилия:
Личный код: _ _ _ _ _	
Если нет эстонского личного кода, укажите дату рождения: ____.____.____ и пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
Личный код другого государства (если он есть):	
Государство, которое выдало личный код:	
Почтовый адрес:	
Адрес э-почты:	Телефон:

Если вы проживаете в нескольких странах, то укажите иностранное государство и адрес в этом государстве:

.....
.....

Если Вы проживаете/работаете или проживали/работали за границей, то укажите это иностранное государство и период проживания/работы в нем с точностью до дня.

Государство	Период

Если Вы получаете пособие, пенсию или иное денежное возмещение от другого государства, которые выплачиваются с той же целью, что и пособие на трудоспособность, то напишите:

иностранное государство, которое выплачивает пособие, пенсию или иное денежное возмещение	
вид, сумма и период выплаты получаемого от иностранного государства пособия, пенсии или иного денежного возмещения (также приложите к ходатайству документ, подтверждающий это, напр., решение о назначении пособия, пенсии или возмещения)	

ДААННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ХОДАТАЙСТВУЮЩЕГО О ПОСОБИИ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Заполните данные представителя (уполномоченного представителя, родителя, опекуна), если ходатайствующему нет 18 лет или если ходатайствующему назначен опекун или представитель.

Опекун/родитель

Уполномоченный представитель

Имя:	Фамилия:
Личный код: _ _ _ _ _	
Адрес э-почты:	
Телефон:	
Почтовый адрес:	

Если представителем ходатайствующего является юридическое лицо, то укажите название юридического лица:

.....

Если ходатайство подает уполномоченное лицо, то приложите к ходатайству доверенность, которая дает право представлять интересы ходатайствующего.

Желаю получать решения, связанные с пособием на трудоспособность (отметьте один способ доставки решения): на адрес ходатайствующего <input type="checkbox"/> на адрес представителя <input type="checkbox"/>	
по э-почте:	<input type="checkbox"/>
обычным письмом:	<input type="checkbox"/>
В представительстве кассы по безработице: Укажите представительство кассы по безработице, куда Вы желаете прийти за решением	<input type="checkbox"/>
Желаю получить уведомление о том, что можно прийти за решением: <input type="checkbox"/> по э-почте <input type="checkbox"/> по телефону	

Независимо от выбранного способа, решения, связанные с пособием на трудоспособность всегда доступны для Вас и на портале самообслуживания кассы по безработице www.tootukassa.ee.

Прошу назначить мне пособие на трудоспособность.

2. УСЛОВИЕ АКТИВНОСТИ

Человеку с частичной трудоспособностью пособие на трудоспособность платится только тогда, когда он соответствует по крайней мере одному из следующих условий. Укажите, какому из нижеперечисленных условий Вы соответствуете.

<input type="checkbox"/>	работаю на основании трудового договора, договора подряда, договора поручения или иного обязательственно-правового договора, заключенного для оказания услуги, или оказываю услугу или продаю товар в значении закона об упрощенном налогообложении дохода на предпринимательскую деятельность, или нахожусь на публичной службе
<input type="checkbox"/>	являюсь членом Рийгикогу, членом Европейского Парламента, Президентом Республики, членом Правительства Республики, судьей, канцлером права, государственным контролером, государственным примирителем, старейшиной волости или части города, наемным председателем или заместителем председателя собрания подразделения местного самоуправления, наемным 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"/>	являюсь зарегистрированным физическим лицом-предпринимателем

<input type="checkbox"/>	занесен(-на) в регистр налогообложения как супруг(-а), участвующий(-ая) в деятельности физического лица-предпринимателя
<input type="checkbox"/>	зарегистрирован(-на) в качестве безработного
<input type="checkbox"/>	получаю уровневое (основное, среднее, высшее) или прикладное образование
<input type="checkbox"/>	нахожусь в академическом отпуске от учебного заведения по состоянию здоровья
<input type="checkbox"/>	воспитываю или опекаю по крайней мере одного ребенка в возрасте до трех лет
<input type="checkbox"/>	опекаю нуждающегося в помощи члена семьи с тяжелым или глубоким недостатком здоровья (членами семьи считаются дети, родители и супруг(-а))
имя, личный код, если нет личного кода, то дата рождения опекаемого члена семьи	
<input type="checkbox"/>	опекаю человека с недостатком здоровья на основании § 26 Закона о социальном обеспечении
<input type="checkbox"/>	получаю пособие, назначенное творческим союзом
<input type="checkbox"/>	без моего согласия определен в попечительское учреждение для получения круглосуточной специализированной попечительской услуги
<input type="checkbox"/>	нахожусь на амбулаторном или стационарном лечении или в отношении меня применяется замещающее наказание или средство воздействия, установленные иным законом, вследствие которых у меня нет возможности выполнять вышеназванные условия

лечебное учреждение

.....

прохожу срочную, альтернативную или резервную службу в армии

выполняю какое-либо из вышеперечисленных условий в иностранном государстве

условие

государство

дата начала действия условия

Приложите к ходатайству документ, подтверждающий выполнение условия.

3. СПОСОБ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Прошу выплачивать назначенное пособие на трудоспособность:

На расчетный счет ходатайствующего в Эстонии:	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
На расчетный счет ходатайствующего в другом государстве за счет ходатайствующего:	<input type="checkbox"/>
Номер банковского счета: _____	
SWIFT/BIC-код:	
Название банка:	
На расчетный счет другого лица, в т.ч. местного самоуправления или иного учреждения в Эстонии: (можно выбрать, если данное ходатайство подписывается на месте в кассе по безработице или департаменте социального страхования, подается в дигитально подписанном или нотариально заверенном виде)	<input type="checkbox"/>
Имя и фамилия другого лица/название местного самоуправления или иного учреждения:	
Номер банковского счета: _____	
Номер ссылки:	
По почте с доставкой на дом за счет ходатайствующего: напишите адрес доставки на дом:	<input type="checkbox"/>

По почте с доставкой на дом за счет кассы по безработице/департамента социального страхования по адресу ходатайствующего, так как имею глубокий недостаток здоровья и:

- у меня сложности с передвижением;
- я проживаю в малонаселенной местности и банковская услуга для меня труднодоступна.

Обоснуйте свое желание

.....

.....

.....

Если Вы ходатайствуете о доставке на дом по почте за счет кассы по безработице, укажите помимо вышеназванных способов получения еще один альтернативный способ получения выплат на случай, если доставка на дом за счет кассы по безработице не будет возможна.

Обязуюсь незамедлительно сообщить кассе по безработице об обстоятельствах, которые влияют на мое право получать пособие на трудоспособность и на его размер, в т.ч. о переезде и трудоустройстве в другом государстве, а также о получаемой в другом государстве зарплаты, страхового возмещения по безработице, родительского возмещения, возмещения по временной нетрудоспособности и пенсии, а также о пособии, пенсии или ином денежном возмещении, выплачиваемом с той же целью, что и пособие на трудоспособность.

Осведомлен(-на), что в случае установления частичной трудоспособности, для получения пособия на трудоспособность я должен(-на) соответствовать по крайней мере одному условию активности (напр., работать, быть зарегистрированным(-ой) безработным(-ой), учиться и др.).

Осведомлен(-на), что Эстонская касса по безработице может востребовать с меня обратно пособие на трудоспособность, назначенное и выплаченное мне без законных для этого оснований.

.....

(дата)	(имя ходатайствующего)	(подпись)
--------	------------------------	-----------

.....

(дата)	(имя представителя ходатайствующего)	(подпись)
--------	--	-----------

Эстонской кассе по безработице

Lasnamäe 2, 11412 Tallinn

info@tootukassa.ee

ДОВЕРЕННОСТЬ

[Место и дата составления]

Настоящим [имя и фамилия ДОВЕРИТЕЛЯ]

....., с ЛИЧНЫМ КОДОМ

[личный код].....,

с местом жительства [адрес местожительства].....

доверяю [имя и фамилия УПОЛНОМОЧЕННОГО лица].....

с личным кодом [личный код].....,

с контактными данными [э-почта и/или номер телефона].....

и с местом жительства [адрес местожительства].....

представлять меня в Эстонской кассе по безработице в следующих действиях (необходимо отметить ДА или НЕТ):

1. подача ходатайства об оценке трудоспособности/установлении степени тяжести недостатка здоровья и совершение действий, связанных с процессом рассмотрения ходатайства;
2. подача ходатайства о пособии на трудоспособность и совершение действий, связанных с процессом рассмотрения ходатайства;

3. подача ходатайств о социальных пособиях для людей с недостатком здоровья;
4. объяснительные ходатайства в связи с выполнением решения об оценке трудоспособности и пособия на трудоспособность;
5. оспаривание решения об оценке трудоспособности и пособия на трудоспособность;
6. оспаривание решений об определении степени тяжести недостатка здоровья и пособиях для людей с недостатками здоровья .

Доверенность действует со дня выдачи до [представитель выполнил действие(-я), на которые была выдана доверенность (пункты 1-3 или 5) / [до окончания срока действия решения об оценке трудоспособности и пособия на трудоспособность (пункт 4)]¹.

Доверенность дана без права передоверия.

[подпись ДОВЕРИТЕЛЯ]

1 Выбрать один вариант и другой, неподходящий вариант, стереть или перечеркнуть

