|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю-главному федеральному эксперту по медико-социальной экспертизе ФГБУ «Федеральное бюро МСЭ» Минтруда России, д.м.н. М.А.Дымочке гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО заявителя)адрес места проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон (при наличии указать):домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

заявление

Прошу провести медико-социальную экспертизу

☐ мне (моему ребенку)

☐ лицу, законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать ФИО освидетельствуемого лица)

в порядке обжалования решения экспертного состава №\_\_\_ ФКУ «ГБ МСЭ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» Минтруда России от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

В связи с несогласием:

☐ в отказе установления инвалидности (категории «ребёнок-инвалид»)

☐ с группой инвалидности

☐ причиной инвалидности

☐ сроком инвалидности, временем наступления инвалидности, характером причины пропуска установленного срока переосвидетельствования

☐ степенью утраты профессиональной трудоспособности (в процентах)

☐ стойкой утратой трудоспособности сотрудника ОВД

☐ мероприятиями, включенными в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (ИПРА), в программу реабилитации пострадавшего на производстве (ПРП)

☐ с причиной смерти гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ в отказе определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе;

☐ другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу провести освидетельствование: очно, заочно ввиду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилагаю следующие документы:

☐ амбулаторную карту

☐ копию паспорта (для ребёнка – копию свидетельства о рождении)

☐ копию трудовой книжки

☐ документ, удостоверяющий полномочия законного представителя

☐ другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результат рассмотрения заявления прошу довести до меня: по почте, e-mail, SMS сообщением

 (нужное подчеркнуть)

На обработку персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006

№ 153-ФЗ «О персональных данных» согласен(а).

В предоставлении услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу: нуждаюсь, не нуждаюсь

 (нужное подчеркнуть)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления заявления « \_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется отделом организации работы с документами)