|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю-главному федеральному эксперту по медико-социальной экспертизе ФГБУ  «Федеральное бюро МСЭ» Минтруда России, д.м.н. М.А.Дымочке  гр. Иванов Иван Иванович    адрес места проживания: г. Москва, ул. Мира, д.7, кв. 67\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ, удостоверяющий личность паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия\_2222\_\_\_\_\_№3456\_\_\_\_\_\_\_выдан ОВД г.Москвы 13 март 2000г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 12345678912\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон (при наличии указать):  домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  мобильный\_87657655656\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail:\_ivanov\_\_\_\_\_\_\_\_@\_mail.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

заявление

Прошу провести медико-социальную экспертизу

**V** мне (моему ребенку)

☐ лицу, законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь

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

(указать ФИО освидетельствуемого лица)

в порядке обжалования решения экспертного состава № 123 ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москва \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» Минтруда России от «\_12\_\_\_\_\_» \_апреля\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017\_\_ г.

В связи с несогласием:

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

**V** 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:

**V** амбулаторную карту

**V** копию паспорта (для ребёнка – копию свидетельства о рождении)

**V** 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 \_30 апреля\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(заполняется отделом организации работы с документами)