В ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

 От гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать ФИО полностью)

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

Проживающего (ей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать адрес места жительства, места пребывания)

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

**Документ,** удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и кем выдан указанный документ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Телефон: Дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**Прошу провести мне медико-социальную экспертизу с целью** (*отметить знаком «V»):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | установления инвалидности; |
|  | разработки индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА); |
|  | установления степени утраты профессиональной трудоспособности; |
|  | разработки программы реабилитации пострадавшего (ПРП); |
|  | изменения причины инвалидности;выдачи знака «Инвалид»; |
|  |
|  | Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Информирую:

* о согласии (несогласии) на обработку персональных данных;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Согласен |  |  | Не согласен |

* о нуждаемости в предоставлении услуги по сурдопереводу;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Да |  |  | Нет |

* о нуждаемости в предоставлении услуги по тифлосурдопереводу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Да |  |  | Нет |

 **Дата подачи заявления «**\_\_\_\_\_**»** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ **г. Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщаю данные о моем **уполномоченном представителе** (по доверенности): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(указать ФИО* **уполномоченного представителя)**

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ЗАЯВЛЕНИЕ БЕЗ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. Вх.№\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (*подпись, расшифровка принявшего*)

ЗАЯВЛЕНИЕ С НЕОБХОДИМЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.Вх.№\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (*подпись, расшифровка принявшего*)

**Прилагаю следующие документы:**

 (*Отметить знаком «V» все прилагаемые к заявлению документы с указанием названия, вида (оригинал или копия)*

*и количества листов (формат менее А 4 считается за 1 лист*):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Направление на медико-социальную экспертизу /оригинал на** \_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Справка об инвалидности, % УТП/ копия \_\_\_\_\_\_ л.** |
|  | **Доверенность / копия \_\_\_\_\_\_\_ л.** |
|  | **Медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья:** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
|  | **Производственная характеристика \_\_\_\_\_\_\_ л.** |
|  | **Трудовая книжка /копия на** \_\_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Справка об отказе в направлении на медико-социальную экспертизу /оригинал на** \_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Документ, удостоверяющий личность /** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **копия на** \_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства (месту пребывания)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **/копия на** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Акт о несчастном случае на производстве, акт о случае профессионального заболевания, заключение лиц, осуществляющих контроль и надзор, решение суда /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/копия на** \_\_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Заключение ВВК о причинной связи увечий (травм, ранений, контузий), заболеваний, справка о получении увечья (ранения, травмы, контузии), заболевания в период прохождения военной службы, в т. ч в действующих частях /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**копия на** \_\_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Заключение МЭС о наличии причинной связи развившихся заболеваний и инвалидности с радиационным воздействием /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/ копия на** \_\_\_\_\_ **л.** |
|  | **Другое**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (*подпись, расшифровка принявшего*)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Представлены необходимые документы «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *(подпись, расшифровка принявшего*)