

Руководителю – главному эксперту по медико - социальной
экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Коми»

Минтруда России

от _____

_____ «_____» «_____» _____ года рождения

Почтовый индекс и адрес места проживания: _____

Почтовый индекс и адрес места регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ № _____ выдан (когда, кем) _____

СНИЛС (при наличии) _____

Документ, удостоверяющий полномочия
представителя _____

Домашний телефон _____

Мобильный телефон _____

e-mail _____ @ _____ (при наличии)

заявление.

Прошу провести медико-социальную экспертизу

☐ мне ☐ лицу, законным (уполномоченным) представителем которого я являюсь

(п.п. 1,2,3,4 заполняются в случае, когда заявление на проведение медико-социальной экспертизы
гражданину написано от лица законного представителя.)

п.1. _____ г.р.

(фамилия, имя, отчество получателя государственной услуги, дата рождения)

п.2. _____

(почтовый индекс, адрес места жительства (пребывания) получателя государственной услуги)

п.3. _____ серия _____ № _____ выдан (когда, кем)

(документ, удостоверяющий личность получателя государственной услуги)

п.4. _____

(СНИЛС получателя государственной услуги – при наличии)

**в порядке обжалования решения Бюро № _____ - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Республике
Коми» от «_____» «_____» _____ года по вопросу (отметить):**

☐ установления инвалидности (группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид»);

☐ установления причины инвалидности;

☐ установления степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

☐ разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) - ИПРА;

☐ разработки программы реабилитации пострадавшего от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания - ПРП;

☐ определения стойкой утраты трудоспособности;

☐ установления причины смерти (Ф.И.О.) _____;

☐ определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе

гр. _____;

☐ другое (указать) _____

Информирую (нужное подчеркнуть):

- о согласии (несогласии) на обработку персональных данных;

- о нуждаемости в предоставлении услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу.

Прилагаю: ☐ амбулаторную карту; ☐ другое _____

Дата подачи заявления _____ 20 ____ г. _____

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

Дата регистрации заявления в Бюро № _____ 20 ____ г. № _____