Руководителю-главному эксперту по медико-социальной экспертизе Д.А. Драчу

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, получающего государственную услугу по МСЭ)

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью)

серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

страховой номер пенсионного свидетельства (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО законного/уполномоченного представителя получателя государственной услуги

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

серия, номер, дата и место выдачи документа, удостоверяющего личность представителя

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести медико-социальную экспертизу с целью:
- установления инвалидности 🞎
- разработки индивидуальной программы реабилитации 🞎
- разработки программы реабилитации пострадавшего 🞎
- изменения группы, причины инвалидности 🞎
- установления причины смерти гражданина 🞎
- определения степени утраты профессиональной трудоспособности 🞎
- определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе 🞎
- выдача знака «Инвалид» 🞎
- другие вопросы 🞎

Прилагаю следующие документы: 🞎 - направление на МСЭ
🞎 - акт несчастного случая на производстве (профессиональном заболевании)
🞎 - заключение органа государственной экспертизы труда о характере и об условиях труда, которые предшествовали несчастному случаю на производстве и профессиональному заболеванию, выданное работодателем
🞎 другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть необходимость в сурдопереводе: да 🞎 нет 🞎 Есть необходимость в тифлосурдопереводе: да 🞎 нет 🞎 Согласен(а) / не согласен (а) (нужное подчеркнуть) на освидетельствование врачом – психиатром. Подавая настоящее заявление, дается согласие на обработку персональных данных получателя государственной услуги в целях и объеме, необходимых для проведения медико-социальной экспертизы. Я проинформирован (а) о проведении видео и аудиозаписи при предоставлении государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. С условиями признания лица инвалидом, а также с порядком освидетельствования и обжалования ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Больничный лист: имею 🞎 не имею 🞎 Дата регистрации заявления

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г

(подпись заявителя) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение есть 🞎 нет 🞎