|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В ФКУ «ГБ МСЭ по Рязанской области» Минтруда России | | | | | | | | | | | |
|  | гр. |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | (ФИО заявителя) | | | | | | | | | | | |
|  | дата рождения | | | | | |  | | | | | |
|  | проживающий(ая) по адресу: | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | | | |  |
|  | серия | |  | | | | | | номер | |  | |
|  | когда и кем выдан | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | телефон: | | | | |  | | | | | | |
|  | e-mail: | | |  | | | | | | | | |
|  | СНИЛС | | | |  | | | | | | | |

**заявление о предоставлении государственной услуги по проведению   
медико-социальной экспертизы**

Прошу провести медико-социальную экспертизу с целью (нужное отметить):

□ определения инвалидности;

□ изменения причины инвалидности;

□ определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе;

□ определения степени утраты профессиональной трудоспособности;

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

□ разработки программы реабилитации пострадавшего от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;

□ установления (изменения) времени наступления инвалидности;

□ установления (изменения) срока инвалидности;

□ установления причины смерти инвалида;

□ в других целях (указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

лицу, законным представителем которого я являюсь:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО |  | | | | | | | | | | | | | |
| дата рождения | | |  | | | | | | | | | | | |
| проживающий(ая) по адресу: | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| зарегистрирован(а) по адресу: | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| документ, удостоверяющий личность: серия | | | | | | |  | | номер | |  | | выдан |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| телефон домашний | | | | |  | | | телефон мобильный | | | |  | | |
| e-mail: | |  | | | | | | СНИЛС | |  | | | | |
| пенсионирование | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| на основании |  |
|  | |

(указать документ, подтверждающий полномочия законного представителя гражданина)

Прошу направить приглашение для проведения медико-социальной экспертизы в форме:

□ почтовой связи; □ телефонной связи; □ мобильной связи; □ SMS; □ талона на руки.

Информирую (нужное подчеркнуть):

- о согласии (несогласии) на обработку персональных данных;

- о нуждаемости в предоставлении услуги по сурдопереводу, тифлосурдопереводу.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Дата подачи заявления |  | 201 |  | г. |  |  |
|  | | | | | | | (подпись заявителя) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Дата регистрации заявления  с необходимыми документами |  | 201 |  | г. | № |  |