ФОРМА

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о предоставлении государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание
собак-проводников в соответствии со статьей 11.1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г.
№ 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и статьями 14 – 19
Федерального закона от 12 января 1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах»

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, в который подается заявление: | Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Воронежской области |

**Сведения о заявителе**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места жительства: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, представляющего интересы заявителя (указывается при подаче заявления лицом, представляющим интересы заявителя): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места пребывания, фактического проживания инвалида, ребенка-инвалида:(не заполняется при совпадении с адресом места жительства) |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | совпадает с местом жительства |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Срок нахождения по месту пребывания, фактического проживания до: | « |  | » |  | 20 |  | г. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: | « |  | » |  | 20 |  | г. |

Документ, удостоверяющий личность инвалида:

наименование:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия: |  | номер: |  | дата выдачи: | « |  | » |  | 20 |  | г. |

наименование органа,
выдавшего документ:

Телефон домашний (при наличии) с указанием кода города:

Телефон мобильный (при наличии):

Адрес электронной почты (при наличии):

Страховой номер индивидуального лицевого счета
инвалида (заполняется по желанию):

**Перечень технических средств реабилитации, услуг с указанием вида обеспечения**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование технического средства реабилитации или услуги(в случае оказания услуги по ремонту после наименования технического средства реабилитации указывается «(ремонт)» | Вид обеспечения(отмечается один из трех возможных видов обеспечения) |
| предостав­ление изделия, оказание услуги | выплата компен­сации расходов | формиро­вание электрон­ного сертифи­ката |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Способ перечисления компенсации за самостоятельно
приобретенные изделия, оказанные услуги** (отметить нужный вариант)

|  |  |
| --- | --- |
|  | перечисление на счет, открытый в кредитной организации |

|  |  |
| --- | --- |
|  | почтовый перевод |

\

|  |  |
| --- | --- |
|  | перечисление на платежную карту, являющуюся национальным платежным инструментом: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № карты: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Обеспечение с использованием электронного сертификата**

№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (заполняется обязательно) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | уведомлен о необходимости предоставления актуального номера платежной карты, являющейся |

национальным платежным инструментом, в случае ее замены

**Сопровождение**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| В сопровождении |  | нуждаюсь |  | не нуждаюсь |

Фамилия, имя, отчество (при
наличии) сопровождающего:

Документ, удостоверяющий личность сопровождающего:

наименование:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия: |  | номер: |  | дата выдачи: | « |  | » |  | 20 |  | г. |

наименование органа,
выдавшего документ:

**Проведение медико-технической экспертизы**

Желаемое место проведения медико-технической экспертизы:

|  |  |
| --- | --- |
|  | место осуществления приема территориальным органом Фонда социального страхования |

Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
|  | место пребывания заявителя вследствие затруднения в транспортировке технического средства |

|  |  |
| --- | --- |
|  | место пребывания заявителя вследствие состояния здоровья заявителя |

**Перечень прилагаемых заявителем (инвалидом, ветераном) либо его законным или
уполномоченным представителем документов, необходимых для предоставления
государственной услуги:**

1.

2.

3.

**Обратная связь с заявителем**

Предпочтительный способ информирования заявителя (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | по домашнему телефону |  | по мобильному телефону |  | смс-информирование |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | посредством почтовых отправлений |  | по электронной почте |

|  |  |
| --- | --- |
|  | иным способом (указать): |

Способ направления заявителю результата предоставления государственной услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | вручить в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации |  | вручить в многофункциональном центре предоставления государственных и муниципальных услуг(при подаче заявления через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | направить по почте |  | направить в форме электронного документа |

(при направлении заявления через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций),
Личный кабинет получателя услуг на официальном сайте Фонда социального страхования Российской Федерации)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подтверждаю согласие на участие в смс-опросе о качестве предоставления государственных |

услуг (отметить при необходимости).

(подпись заявителя/представителя)

**Заполняется уполномоченным работником многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг**

Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя, проверены.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| должность работника многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг, подписавшего заявление и принявшего приложенные к нему документы |  | подпись |  | фамилия, имя, отчество (при наличии) |

М.П.

**Заполняется в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации**

Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя, проверены. Заявление с

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| приложенными к нему документами в количестве |  | экземпляров приняты и зарегистрированы |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. под № |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| должность лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, принявшего заявление и приложенные к нему документы |  | подпись |  | фамилия, имя, отчество (при наличии) |