Приложение 3

к Регламенту

(Копия остается на руках у пострадавшего)

Информационный лист

Фамилия, имя, отчество застрахованного

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

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Ульяновской области в лице реабилитационного менеджера Нагановой Елены Игоревны тел.248694

информирует Вас о целях и возможностях осуществления медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в рамках Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24.07.1998 №125-ФЗ) и постановления Правительства от 15.05.2006 № 286 «Об утверждении положения об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Вред, нанесенный Вашему здоровью в результате несчастного случая на производстве, может быть устранен или уменьшен. При успешном завершении всех этапов комплексной реабилитации Вы сможете вернуться к трудовой/профессиональной деятельности и находиться в Вашем социальном окружении.

 Для достижения оптимального результата комплексной реабилитации разрабатывается индивидуальный план комплексной реабилитации, который подлежит корректировке в зависимости от изменений состояния Вашего здоровья и достигнутых результатов реабилитации.

 Пожалуйста, проинформируйте Вашего реабилитационного менеджера о своем согласии на сотрудничество.

Застрахованный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

Согласие на передачу персональных данных:

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-,

(Ф.И.О. застрахованного)

согласен с тем, что в соответствии п. 1. ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения полномочий Фондом социального страхования РФ по предоставлению мне услуг, предусмотренных Федеральным законом от 24.07.1998 N 125-ФЗ необходимы обработка и передача моих персональных данных участникам процесса комплексной реабилитации, если эти данные нужны для осуществления моей реабилитации.

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

(подпись с расшифровкой)

Дата « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.