

В **Бюро № 1 - филиал ФКУ "ГБ МСЭ по Свердловской области" Минтруда России**

(полное наименование бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющегося филиалом главного бюро (главного бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящегося в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главного бюро медико-социальной экспертизы, находящегося в ведении иных федеральных органов исполнительной власти, Федерального бюро медико-социальной экспертизы), в которое подается заявление)

от **Представителей Представитель Представителей**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

Статус заявителя **законный (уполномоченный) представитель**

(получатель услуги, законный (уполномоченный) представитель)

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Прошу выдать **Представителей Представитель Представителей**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

- ☒ копию акта медико-социальной экспертизы гражданина;
- ☒ копию протокола медико-социальной экспертизы гражданина;
- ☒ индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида);

провести медико-социальную экспертизу **Умерший Умиратель Умирательевич**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

с целью (нужное указать):

- ☒ определения причины смерти инвалида, лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.

Сведения об умершем:

**Умерший Умиратель Умирательевич 13 янв 2001 Номер1 04.05.2006**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего, дата смерти, номер и дата актовой записи о смерти)

**Первая группа Бессрочно Трудовое увечье**

(сведения об инвалидности (при наличии) умершего);

**Дедушка**

(сведения о родственных связях с умершим)

- ☒ выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

**Сгорела при пожаре; Не помню, где выдавали;**

(указать обстоятельства утраты (порчи) справки и место ее выдачи)

- ☒ выдачи новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина;
- ☒ внесения исправлений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в связи с изменениями персональных данных инвалида (ребенка-инвалида), устранения технических ошибок (описок, опечаток, грамматических или арифметических ошибок либо подобных ошибок);

☒ внесения исправлений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в связи с изменением антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), уточнением характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг;

☒ включения в индивидуальную программу реабилитации или абилитации ребенка-инвалида рекомендаций о товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, за счет средств (части средств) материнского (семейного) капитала;

☒ обжалование решения бюро или главного бюро медико-социальной экспертизы в целях изменения

**Внесение исправлений в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), необходимостью уточнения характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, а также в целях устранения технических ошибок**

**Разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания**

*(указать цель)*

☒ иной целью, установленной законодательством Российской Федерации (указать)

- Значение12

- Значение13

- ИнаяЦель0

- Внесение исправлений в программу реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания в связи с изменениями персональных данных пострадавшего, устранением технических ошибок (описок, опечаток, грамматических или арифметических ошибок либо подобных ошибок)

- Внесение исправлений в программу реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания в связи с изменением антропометрических данных, уточнением характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных мероприятий (ТСР)

2. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы:

☒ с личным присутствием (очно);

необходимо предоставление услуги по переводу русского жестового языка:

☒ сурдопереводу

☒ тифлосурдопереводу

☐ без личного присутствия (заочно);

☐ дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий (при обжаловании решения бюро, главного бюро).

3. Сведения о получателе услуги по проведению медико-социальной экспертизы:

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Алексеев Максим Дамирович

Дата рождения

14.09.1979

*(число, месяц, год)*

Гражданство

гражданин Российской Федерации

*(гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства (нужное указать))*

Сведения о месте жительства (месте пребывания, месте фактического проживания (нужное указать))

123456, Тюменская обл. , Надымский р-н. , пгт. Заполярный, Главная ул. , д. 25, кв. 3

*(почтовый индекс, наименование субъекта Российской Федерации, район, населенный пункт, улица, номер дома, корпуса, квартиры)*

Документ, удостоверяющий личность

**Паспорт гражданина РФ 1715 249809 26.06.2008 ОТДЕЛ УФМС РОССИИ ПО**

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) **643-165-480 90**

Контактный номер телефона (при наличии)

домашний **+7(903)111-22-33**мобильный **(916)123-45-67; +7(925)321-54-76**Адрес электронной почты (при наличии) **aaa@bbb.ru****4. Сведения о законном или уполномоченном представителе получателя услуги (при наличии):**Фамилия, имя, отчество (при наличии) **Представителей Представитель Представителей**

Документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя

**Доверенность 1224 24.05.2020 Директором департамента**Дата рождения **вроде бы июнь 1977**(число, месяц, год)Гражданство **гражданин Российской Федерации**(гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства (нужное указать))Сведения о месте жительства (месте пребывания, месте фактического проживания) (нужное указать)**Волоколамское ш., 30, Дедовск**(почтовый индекс, наименование субъекта Российской Федерации, район, населенный пункт, улица, номер дома, корпуса, квартиры)

Документ, удостоверяющий личность

**Паспорт гражданина РФ Серия1 Номер1 24.05.2006 КемВыдан1 КодПодразделения1**(наименование, серия и номер, дата и место выдачи, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи)Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) **111-111-111 11**

Контактный номер телефона (при наличии)

домашний

мобильный **(916)7654321**Адрес электронной почты (при наличии) **ccc@ddd.ru****5. Прошу результаты предоставления услуги по проведению медико-социальной экспертизы:**☐ вручить в бюро, главном бюро, Федеральном бюро медико-социальной экспертизы;☒ направить почтовым отправлением по адресу**654321, г. Москва, Нагатинская ул. , д. 19А, стр. 1, вл. 2, корп. 3, кв. 7**(почтовый индекс, наименование субъекта Российской Федерации, район, населенный пункт, улица, номер дома, корпуса, квартиры)☐ направить в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (далее - Единый портал) (при направлении заявления через Единый портал).**6. Предпочтительный способ информирования о ходе рассмотрения заявления получателя услуги (его законного или уполномоченного представителя) (нужное отметить):**☐ по телефону, включая сотовую связь;☐ СМС - информирование;☒ посредством почтовых отправлений;☒ по электронной почте;☒ личный кабинет на Едином портале (при направлении заявления через Единый портал).

7. Перечень документов, приложенных к заявлению:

1. Наименование1
2. Наименование2

☒ Подтверждаю согласие на обработку персональных данных получателя услуги и законного (уполномоченного) представителя (указать нужное) в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах, в целях и объеме, необходимом для проведения медико-социальной экспертизы.

**04.05.2006**

*Дата (день, месяц, год)*

**Представителей П. П.**

*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*