|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю-главному эксперту по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Рязанской области» Минтруда России  |
|  | гр. |  |
|  |  |
|  | (ФИО заявителя) |
|  | дата рождения |  |
|  | проживающий(ая) по адресу: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | зарегистрирован(а) по адресу: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | документ, удостоверяющий личность |  |
|  | серия |  | номер |  |
|  | когда и кем выдан |  |
|  |  |
|  |  |
|  | телефон:  |  |
|  | e-mail: |  |
|  | СНИЛС |  |
|  | пенсионирование: |  |

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

Прошу провести мне медико-социальную экспертизу в порядке **обжалования решения бюро №**\_\_\_\_\_- филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Рязанской области» Минтруда России **от** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по вопросу (нужное отметить):

(указать дату освидетельствования)

□ 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 |  | 201 |  | г. | № |  |

 (заполняется сотрудником учреждения МСЭ)