В бюро № \_\_\_- филиал ФКУ «ГБ

МСЭ по Свердловской области»

гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО заявителя)

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, №, когда и кем выдан)

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

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление о предоставлении государственной услуги**

**по проведению медико-социальной экспертизы**

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

- установления группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»);

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

- определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

- разработки программы реабилитации пострадавшего;

- определения причины инвалидности;

- установления причины смерти инвалида;

- установления стойкой утраты трудоспособности;

- определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе;

- другие цели

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

- лично

- по почте (электронной почте)

Информирую:

- о согласии на обработку персональных данных;

- о не нуждаемости (нуждаемости) в предоставлении услуги по сурдопереводу;

- о не нуждаемости (нуждаемости) в предоставлении услуги по тифлосурдопереводу;

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)