

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**
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 Умиратель**

(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 Умиратель, 04.05.2006 Номер1, 04.05.2006

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

вторая бессрочно Общее заболевание

(сведения об инвалидности (при наличии) умершего);

РодственныеСвязи0

(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;

☒ обжалования решения бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющегося филиалом главного бюро (далее - бюро)

полное наименование бюро

(полное наименование бюро)

в целях изменения

**Формулировка обжалования
решения бюро**

(указать цель)

☒ обжалования решения 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 (далее - главное бюро)

**Главное бюро №1 (экспертный состав
смешанного профиля)**

(полное наименование главного бюро)

**Формулировка обжалования
решения главного бюро**

(указать цель)

☒ иной целью, установленной законодательством Российской Федерации (указать)

ИнаяЦель0

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).

Положения пункта 2 формы в части проведения медико-социальной экспертизы дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий действуют с 01.06.2023 (пункт 2).

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))

Нагатинская наб., 22

(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
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСТИНОВСКОМ Р-НЕ Г. ИЖЕВСКА КодПодразделения0**

(наименование, серия и номер, дата и место выдачи, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

643-165-480 90

Контактный номер телефона (при наличии)

домашний

9253215476

мобильный

9161234567

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

21.01.1977

(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

9167654321

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

Москва, Нагатинская 19А

(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).

Положения пунктов 5 и 6 формы в части использования федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг" подлежат применению при наличии технической возможности использования указанной информационной системы, в том числе ее технической готовности к приему и передаче информации и документов, предусмотренных указанными пунктами (пункт 3).

7. Перечень документов, приложенных к заявлению:

1. Двенадцатый тип
2. Тринадцатый тип

☒ Подтверждаю согласие на обработку персональных данных получателя услуги и законного (уполномоченного) представителя (указать нужное) в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 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))