**ОБРАЗЕЦ (****заявление на проведение МСЭ от законного представителя)**

В ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Иванова Лидия Павловна***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Ф.И.О. получателя государственной услуги (законного или

уполномоченногопредставителя)

Адрес электронной почты:\_**Ivanovа@mail.ru**\_\_

*(при наличии)*

Контактный телефон: \_\_\_\_**8902567655**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(мобильный, домашний)*

**заявление.**

Прошу провести медико-социальную экспертизу

🞎мне🗹лицу, законным (уполномоченным) представителем которого являюсь

Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) получателя государственной услуги\_\_\_\_**059-567-966-37**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Иванов Иван Иванович**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. получателя государственной услуги)

**625000 г. Тюмень, ул. Холодильная, д. 1, кв. 11**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания) получателя государственной услуги:

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

(индекс, область, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

**паспорт: серия 7101 № 256490, выдан 04.01.2001г.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия и номер документа, удостоверяющего личность получателя государственной услуги, дата и УВД Ленинского округа г. Тюмени\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место выдачи указанного документа)

\_\_\_\_**Свидетельство о рождении 1-ИК № 856673**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий представительство интересов получателя государственной услуги)

с целью*(указать цель):установления инвалидности; определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах); установления причины инвалидности; установления срока инвалидности;разработки Индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида; разработки Программы реабилитации пострадавшего (ПРП); определения причины смерти; определения нуждаемости в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре); определения стойкой утраты трудоспособности)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**установления инвалидности**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Информирую о нуждаемости (подчеркнуть в случае нуждаемости) в предоставлении услуг по сурдопереводу; тифлосурдопереводу.

\_\_\_\_**04.09.2014г.**\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( **ИвановаЛ.П.**)

(дата подачи заявления) (подпись заявителя)(расшифровка)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Далее отметки делает специалист ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России)**

Согласие на обработку персональных данных получено: ДА НЕТ

Приглашение для проведения медико-социальной экспертизы передано в форме:

🞎 лично; 🞎 почтовой связи; 🞎телефонной связи; 🞎по электронной почте

К заявлению прилагаются (*указать документы, количество листов и дату их регистрации в ФКУ «ГБ МСЭ по Тюменской области» Минтруда России*):

*1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*