Министру здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(регион)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**ФИО министра)\_\_**\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_(адрес министерства)\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в интересах сына/дочери, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., ребенка-инвалида),

проживающей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.: +7 (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь отцом/матерью ребенка–инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р. Мой сын/дочь страдает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(комплексом тяжелых заболеваний или указать диагноз), является носителем трахео-/гастростомы (находится на зондовом питании, находится дома на ИВЛ/НИВЛ- указать нужное) и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

По жизненным показаниям моему ребенку необходимо использование медицинских изделий. Согласно части 4 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", при оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н "Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому". Необходимые моему ребенку медицинские изделия в данном перечне присутствуют.

В связи с вышеизложенным прошу Вас принять меры для обеспечения моего сына/дочери медицинскими изделиями согласно прилагаемому списку (\_\_ наименований).

Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме на указанный адрес и по электронной почте в установленный законом срок.

Приложение:

1. Копия назначения на использование медицинских изделий- \_ стр.
2. Список необходимых медицинских изделий- \_\_ стр.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_/