Главному врачу \_\_\_(название учреждения)\_\_

(ФИО главврача)

\_\_\_\_\_\_\_(адрес учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_(ФИО законного представителя)\_\_\_\_\_\_

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

проживающего/ей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

По жизненным показаниям моему ребенку необходимо применение на дому медицинских изделий, что подтверждено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заключением специалиста, выпиской другого медицинской организации- указать нужное). 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.

Прошу Вас принять меры для обеспечения моего/моей 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. Копии медицинских документов- \_\_ стр.
2. Список медицинского оборудования и медицинских изделий- \_\_ стр.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_/