Руководителю Территориального органа Росздравнадзора по

\_\_\_\_\_\_\_\_(указать регион)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО руководителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес ТО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(в интересах сына/дочери

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г.р., ребенка-инвалида),

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

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЖАЛОБА**

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 применение на дому медицинских изделий, что подтверждено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(решением ВК, заключением специалиста, выпиской другой 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.

По вопросу предоставления медицинских изделий я обращался/ась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать, когда и куда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, копии ответов прилагаю. К сожалению, на данный момент моему ребенку необходимые медицинские изделия так и не предоставили (или не предоставили в полном объеме- указать нужное).

В связи с вышеизложенным прошу Вас принять меры по организации предоставления моему ребенку медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому, 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. Копии ответов- \_\_ стр.
3. Список необходимых медицинских изделий- \_\_ стр.

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