|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прокурору | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО прокурора)* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(адрес прокуратуры)* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| От | |  | | | | , |
|  | *(ФИО заявителя)* | | | | | |
| проживающего/ей по адресу: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(адрес заявителя)* | | | | | | |
| Тел.: +7 | | | | (     ) |  | |
| e-mail: | | |  | | | |

**ЖАЛОБА**

**на отказ в проведении врачебной комиссии или консилиума врачей с целью установления факта нуждаемости в паллиативной помощи**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | | , | | «     »             г.р. | | | | |
|  | | *(ФИО заявителя)* | | | | | | | *(дата рождения)* | | | | | |
| с диагнозом | | |  | | | | | | | | , | | |
|  | | | | | | | | | | | | . | |
| *(являюсь инвалидом 1 группы, носителем трахео- и гастростомы, нахожусь дома на неинвазивной ИВЛ и пр. – указать нужное)* | | | | | | | | | | | | | |
| В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания я нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи. | | | | | | | | | | | | | |
| «     »             г. я обратилась/обратился с письменным заявлением на имя | | | | | | | | | | | | | |
| главного врача | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | *(название медицинского учреждения)* | | | | | | | | | |
| с просьбой организовать рассмотрение вопроса о наличии у меня показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией или консилиумом врачей учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки.  Однако, получил/получила ответ с отказом (копию прилагаю).  Считаю, что тем самым нарушено мое право на получение паллиативной медицинской помощи, гарантированное статьей 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н.  Учитывая вышеизложенное, прошу провести проверку по факту нарушения моего права на получение паллиативной медицинской помощи и принять меры прокурорского реагирования для устранения нарушений. | | | | | | | | | | | | | |
| Приложения: | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | Копия паспорта – | | | | | | | | стр. | экз. | | | | |
| 2) | Копия ответа главврача – | | | | | | | | стр. | экз. | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | | | | |  | / | |  | | | | | / |
|  | | | | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | | | |