|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководителю Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере | | | | | | |
| здравоохранения по | | | | |  | |
|  | | | | | *(название региона)* | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО руководителя)* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(адрес Территориального органа)* | | | | | | |
| От | |  | | | | |
|  | *(ФИО законного представителя)* | | | | | |
| (в интересах сына / дочери | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО ребенка)* | | | | | | |
| «     »             г.р., | | | | | | |
| *(дата рождения ребенка)* | | | | | | |
| ребенка-инвалида), проживающего/ей по адресу: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(адрес заявителя)* | | | | | | |
| Тел.: +7 | | | | (     ) | |  |
| e-mail: | | |  | | | |

**ЖАЛОБА**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | , отец/мать ребенка-инвалида | | | |
|  | *(ФИО родителя)* | |  | | | |
|  | | | | , | «     »             г. р., | |
| *(ФИО ребенка)* | | | |  | *(дата рождения ребенка)* | |
| с диагнозом: | |  | | | | . |
|  | | *(указать диагноз)* | | | |  |

|  |
| --- |
| В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания мой сын/моя дочь нуждается 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 моего сына/моей дочери показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией 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 право моего ребенка 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 принять необходимые меры для организации проведения врачебной комиссии с целью оформления заключения о нуждаемости моего сына/моей дочери в паллиативной помощи. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложения: | | | | | | | | | |
| 1) | Копия паспорта родителя – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
| 2) | Копия свидетельства о рождении ребенка – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
| 3) | Копия ответа главврача – | | | |  | стр. |  | экз. | | |
|  | | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | | | / |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | | |