|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Главному врачу | | | | |  | |
|  | | | | | *(наименование медучреждения)* | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО главного врача)* | | | | | | |
| Адрес: | | |  | | | |
|  | | | *(адрес медучреждения)* | | | |
| 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: | | | |  | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | , |
|  | *(ФИО законного представителя)* | | | | |  |
| являюсь отцом/матерью ребенка-инвалида: | | |  |  | | |
|  | | | , | «     »             г. р. | | |
| *(ФИО ребенка)* | | |  | *(дата рождения ребенка)* | | |
| Мой (моя) сын (дочь) | |  | | | , | |
|  | | *(страдает комплексом тяжелых заболеваний, или указать диагноз)* | | |  | |
|  | | | | | |  |
| *(является носителем трахео- и гастростомы, или 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: | |
|  | . |
| *(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. | |
| 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. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложения: | | | | | | | | |
| 1) | Копии медицинских документов – | | | |  | стр. | |
| 2) | Список медицинского оборудования и медицинских изделий – | | | |  | стр. | |
|  | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | / | |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | |