|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| В ФКУ «ГБ МСЭ по      » | | | |
| Минтруда России | | | |
|  | | | |
| От |  | | |
| Тел.: +7 | | (     ) |  |
| e-mail: | |  | |

**Заявление на обжалование решения бюро №** **от «****».****.****г.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Не согласна / Не согласен с экспертным решением бюро по результатам проведенной медико-социальной экспертизы | | | | | | | | | | | | | |
| мне | | | лицу, законным (уполномоченным) представителем которого являюсь, | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | *(ФИО получателя государственной услуги)* | | | | | | | | | | |
| Адрес места жительства (места пребывания) получателя государственной услуги: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| *(индекс, область, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)* | | | | | | | | | | | | | |
| Свидетельство о рождении | | | | |  | | | выдано «     ».     .      г. | | | | | |
| *(документ, удостоверяющий представительство интересов получателя государственной услуги)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Не согласна с содержанием ИПРА. Прошу внести изменения по следующим пунктам: | | | | | | | | | | | | | |
| *указать с каким решением и действиями бюро не согласны, привести доводы, на основании которых не согласны* | | | | | | | | | | | | | |
| Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета: | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Включить в ИПРА в соответствии с рекомендациями врача (заключение прилагается) | | | | | | | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | | | | | | | |
| 3. |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Приложения: | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | | Копия заключения врача – | | | | | | |  | стр. |  | экз. | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | | | |  | | / |  | | | | | | / |
|  | | | | *(подпись)* | | | *(ФИО заявителя)* | | | | | | |