Департамент/министерство здравоохранения \_\_(название субъекта РФ)\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес департамента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(в интересах сына/дочери, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_(ФИО ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_, \_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г.р.,

ребенка-инвалида),

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБА**

Я, \_\_\_(ФИО законного представителя ребенка)\_\_, являюсь отцом/матерью ребенка–инвалида \_\_\_(ФИО ребенка) \_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г.р., с диагнозом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(являющегося носителем гастростомы, находящимся на зондовом питании, признанного нуждающимся в паллиативной помощи- указать нужное).

В соответствии с п.1 ч. 1 ст.6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» мой/моя сын/дочь имеет право на обеспечение специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в рамках набора социальных услуг (от НСУ в части лекарственного обеспечения не отказывались).

Согласно рекомендациям \_\_\_\_\_\_\_(указать специалиста или медучреждение)\_\_\_ моему ребенку необходимо специализированное энтеральное питание «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (копию выписки/заключения с рекомендациями прилагаю). Данный вид питания включен в Перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2023 год (утв. распоряжением Правительства РФ от 05.12.2022 № 3731-р).

\_\_.\_\_.\_\_\_\_ г. я обратился/ась к главврачу \_\_\_\_\_\_(название медучреждения)\_\_\_ с заявлением с просьбой обеспечить моего ребенка специализированным энтеральным питанием, на что получил/а отказ (копию ответа прилагаю). Прошу Вас принять меры по обеспечению моего ребенка специализированным лечебным питанием. Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме в установленный законом срок.

Приложение:

1. Копия выписки/заключения- \_\_ стр., 1 экз.
2. Копия ответа \_\_\_\_(название медучреждения)\_\_\_\_ - \_\_ стр., 1 экз.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/ФИО законного представителя ребенка/