|  |  |
| --- | --- |
| 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 проживания)* |
| Тел.: +7 | (     ) |       |
| e-mail: |       |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |       | ,  |
|  | *(ФИО законного представителя)* |  |
| являюсь отцом/матерью ребенка-инвалида |  |  |
|       | , | «     »             г. р., |
| *(ФИО ребенка)* |  | *(дата рождения ребенка)* |
| с диагнозом |       | . |
|  | *(указать диагноз)* |  |
| 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: |
|       |
| *(указать наименование питания)* |
| (копию выписки/заключения с рекомендациями прилагаю). Данный вид питания включен в Перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2024 год (утв. Распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 года № 3551-р).Прошу Вас организовать обеспечение моего ребенка специализированным лечебным питанием. Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме в установленный законом срок. |
| Приложения: |
| 1) | Копии выписки / заключения – |       | стр. |       | экз. |
|  |
|  | С уважением, |
| «     »       20      г.  |       | / |       | / |
|  | *(подпись)* | *(ФИО законного представителя)* |