|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)* | | | | | | | | | |