| Министру здравоохранения | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| *(регион)* | | | | | |
|  | | | | | |
| *(ФИО министра)* | | | | | |
| Адрес: | | |  | | |
|  | | | *(адрес министерства)* | | |
| 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: | | | |  | |

| Я, |  | | | | | , |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *(ФИО родителя)* | | | | |  |
| 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 09.07.2025 № 398 «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых пациенту при оказании паллиативной медицинской помощи для использования на дому». Необходимые моему ребенку медицинские изделия в данном перечне присутствуют. В поликлинике по месту жительства мне не предоставили информацию о том, какое медицинское учреждение их предоставит. | |
| Прошу Вас проинформировать меня, какая медицинская организация предоставит моему ребенку для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, и принять меры для скорейшего обеспечения 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 необходимых медицинских изделий – | | | |  | стр. | |
|  | | | | | | | | |
| «     »       20      г. | |  | / |  | | | / | |
|  | | *(подпись)* | | *(ФИО заявителя)* | | | | |