Главному врачу \_\_(название медучреждения)\_

\_\_\_\_\_\_(ФИО главврача)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_(адрес медучреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

ребенка-инвалида),

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

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

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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 «Нутризон эдванст Нутридринк сухая смесь» (копию выписки/заключения с рекомендациями прилагаю). Данный вид питания включен в Перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов на 2019 год (утв. распоряжением Правительства РФ от 22.10.2018 г. N 2273-р).

Прошу Вас организовать обеспечение 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.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. С уважением,

\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/ФИО законного представителя ребенка/