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

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

Копия в Территориальный орган Росздравнадзора по

\_\_\_\_\_\_(название субъекта РФ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_(адрес ТО Росздравнадзора)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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).

\_\_.\_\_.\_\_\_\_ г. я обратился/ась к главврачу \_\_\_\_\_\_(название медучреждения)\_\_\_ с заявлением, в котором просила обеспечить моего ребенка специализированное энтеральное питанием. На данное заявление я получил/а ответ, в котором мне было отазано (копию ответа прилагаю), что является нарушением законного права моего ребенка.

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 справки об инвалидности- \_\_ стр., 1 стр.
3. Копия ответа \_\_\_\_(название медучреждения)\_\_\_\_ - \_\_ стр., 1 экз.

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

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