В бюро № \_\_\_- филиал ФКУ «ГБ

 МСЭ по Свердловской области»

 гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (ФИО заявителя)

 дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (серия, №, когда и кем выдан)

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

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление о предоставлении государственной услуги**

**по проведению медико-социальной экспертизы**

 Прошу провести мне медико-социальную экспертизу с целью (нужное подчеркнуть):

- установления группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»);

- разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида);

- определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

- разработки программы реабилитации пострадавшего;

- определения причины инвалидности;

- установления причины смерти инвалида;

- установления стойкой утраты трудоспособности;

- определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе;

- другие цели

Прошу направить приглашение для проведения медико-социальной экспертизы в форме:

 - лично

 - по почте (электронной почте)

Информирую:

 - о согласии на обработку персональных данных;

 - о не нуждаемости (нуждаемости) в предоставлении услуги по сурдопереводу;

 - о не нуждаемости (нуждаемости) в предоставлении услуги по тифлосурдопереводу;

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)