

Руководителю экспертного состава № \_\_\_\_\_  
ФКУ «ГБ МСЭ по Ульяновской области» Минтруда России

от: \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О. заявителя)

Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования:  
\_\_\_\_\_

(при наличии)

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

(место пребывания, место нахождения пенсионного дела инвалида)

Документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(название документа)

(серия и номер документа, дата и место выдачи указанного документа)

телефон: \_\_\_\_\_

адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с несогласием с экспертным решением от « \_\_\_\_ » 20 \_\_ г. вынесенным бюро № \_\_\_\_ -филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Ульяновской области» Минтруда России прошу провести медико-социальную экспертизу мне/лицу, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., дату рождения, адрес места жительства/пребывания представляемого лица)

**действующего на основании** (отметить):

- являюсь лицом, представляющим интересы гражданина, согласно нотариально оформленной доверенности;
- являюсь опекуном/попечителем, назначенным в установленном порядке;
- являюсь родителем лица, не достигшего возраста 18 лет.

**с целью** (отметить):

- установления группы инвалидности;
- установления категории «ребенок-инвалид»;
- установления причины инвалидности;
- установления времени наступления инвалидности;
- установления срока инвалидности;
- определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);
- определения стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации;
- определения нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре);
- определения причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии,увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы;
- разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- разработки программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- нуждаюсь в предоставлении услуги по сурдопереводу**
- нуждаюсь в предоставлении услуги по тифлосурдопереводу.**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» Я, \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О.)

, предоставляю свое согласие на обработку моих/лица, законным представителем которого я являюсь персональных

данных, с целью проведения медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)

Не возражаю против присутствия законного представителя \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О. законного представителя) при проведении медико-социальной  
экспертизы и объявлении экспертного решения \_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)

Уведомлен(а), что при проведении медико-социальной экспертизы в кабинете ведется аудио-видеофиксация \_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)