

ФГБУ Федеральное бюро МСЭ 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 решением от « ___ » 20 ___ г. вынесенным экспертным составом № ___ 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.**

Согласен на освидетельствование в «Федеральном бюро медико-социальной экспертизы» **очно/заочно** (нужное подчеркнуть).

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
(подпись)
данных, с целью проведения медико-социальной экспертизы.

(дата)

(подпись)