Приложение № 1

к Порядку организации предоставления государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (в части подачи заявления о предоставлении инвалидам технических средств реабилитации и (или) услуг и отдельным категориям граждан из числа ветеранов протезов (кроме зубных протезов), протезно-ортопедических изделий, а также выплата компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников) на базе УМФЦ, филиалов УМФЦ

ФОРМА

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении государственной услуги по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации и (или) услугами и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, а также по выплате компенсации за самостоятельно приобретенные инвалидами технические средства реабилитации (ветеранами протезы (кроме зубных протезов), протезно-ортопедические изделия) и (или) оплаченные услуги и ежегодной денежной компенсации расходов инвалидов на содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников в соответствии со статьей 11.1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и статьями 14-19 Федерального закона от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ "О ветеранах"

Наименование территориального

 органа Фонда социального

 страхования Российской Федерации,

 в который подается заявление: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Сведения о заявителе

 Фамилия, имя, отчество (при

 наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия, имя, отчество (при

 наличии) лица, представляющего

 интересы заявителя (указывается

 при подаче заявления лицом,

 представляющим интересы

 заявителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места пребывания,

 фактического проживания инвалида,

 ребенка-инвалида:

 (не заполняется при совпадении с

 адресом места жительства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┐

 │ │ совпадает с местом жительства

 └─┘

 Срок нахождения по месту пребывания, фактического проживания до:

 "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

 Дата рождения: "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

 Документ, удостоверяющий личность инвалида:

 наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

 наименование органа,

 выдавшего документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон домашний (при наличии) с указанием кода города: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон мобильный (при

 наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Страховой номер индивидуального лицевого счета

 инвалида (заполняется по желанию): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень технических средств реабилитации,

услуг с указанием вида обеспечения

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование технического средства реабилитации или услуги(в случае оказания услуги по ремонту после наименования технического средства реабилитации указывается "(ремонт)" | Вид обеспечения(отмечается один из трех возможных видов обеспечения) |
| предоставлениеизделия, оказание услуги | выплатакомпенсациирасходов | формирование электронного сертификата |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Способ перечисления компенсации за самостоятельно приобретенные изделия,

 оказанные услуги (отметить нужный вариант)

 ┌─┐

 │ │ перечисление на счет, открытый в кредитной организации

 └─┘

 ┌─┐

 │ │ почтовый перевод

 └─┘

 ┌─┐

 │ │ перечисление на платежную карту, являющуюся национальным платежным

 └─┘ инструментом:

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 N карты: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 Обеспечение с использованием электронного сертификата

 N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом:

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ (заполняется обязательно)

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┐

 │ │ уведомлен о необходимости предоставления актуального номера платежной

 └─┘ карты, являющейся национальным платежным инструментом, в случае ее

 замены

 Сопровождение

 ┌─┐ ┌─┐

 В сопровождении │ │ нуждаюсь │ │ не нуждаюсь

 └─┘ └─┘

 Фамилия, имя, отчество (при

 наличии) сопровождающего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Документ, удостоверяющий личность сопровождающего:

 наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

 наименование органа,

 выдавшего документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Проведение медико-технической экспертизы

 Желаемое место проведения медико-технической экспертизы:

 ┌─┐

 │ │ место осуществления приема территориальным органом Фонда социального

 └─┘ страхования Российской Федерации

 ┌─┐

 │ │ место пребывания заявителя вследствие затруднения в транспортировке

 └─┘ технического средства

 ┌─┐

 │ │ место пребывания заявителя вследствие состояния здоровья заявителя

 └─┘

 Перечень прилагаемых заявителем (инвалидом, ветераном) либо

 его законным или уполномоченным представителем документов, необходимых

 для предоставления государственной услуги:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Обратная связь с заявителем

 Предпочтительный способ информирования заявителя (нужное отметить):

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

│ │ по домашнему телефону│ │ по мобильному телефону │ │ смс-информирование

└─┘ └─┘ └─┘

┌─┐ ┌─┐

│ │ посредством почтовых отправлений │ │ по электронной

└─┘ └─┘ почте

┌─┐

│ │ иным способом (указать):

└─┘ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способ направления заявителю результата предоставления государственной

 услуги:

 ┌─┐ ┌─┐

 │ │ вручить в территориальном органе │ │ вручить в многофункциональном

 │ │ Фонда социального страхования │ │ центре предоставления

 │ │ Российской Федерации │ │ государственных и муниципальных

 │ │ │ │ услуг (при подаче заявления

 │ │ │ │ через многофункциональный центр

 │ │ │ │ предоставления государственных

 │ │ │ │ и муниципальных услуг)

 └─┘ └─┘

 ┌─┐ ┌─┐

 │ │ направить по почте │ │ направить в форме электронного

 └─┘ └─┘ документа (при направлении

 заявления через Единый портал

 государственных и муниципальных

 услуг (функций), Личный кабинет

 получателя услуг на официальном

 сайте Фонда социального

 страхования Российской

 Федерации)

 ┌─┐

 │ │ Подтверждаю согласие на участие в смс-опросе о качестве

 └─┘ предоставления государственных услуг (отметить при необходимости).

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

 (подпись заявителя/представителя)

 Заполняется уполномоченным работником многофункционального центра

 предоставления государственных и муниципальных услуг

 Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя,

 проверены.

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

 должность работника подпись фамилия, имя, отчество

 многофункционального (при наличии)

 центра предоставления

 государственных и муниципальных

 услуг, подписавшего заявление и

 принявшего приложенные к нему

 документы

 МП.

 Заполняется в территориальном органе Фонда социального страхования

 Российской Федерации

 Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя,

 проверены. Заявление с приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_

 экземпляров приняты и зарегистрированы

 "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_г. под N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 должность лица территориального подпись фамилия, имя, отчество

 органа Фонда социального (при наличии)

 страхования Российской Федерации,

 принявшего заявление и

 приложенные к нему документы