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) | | |
| предоставление  изделия, оказание услуги | выплата  компенсации  расходов | 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