

«Приложение
к Административному регламенту
Фонда социального страхования Российской Федерации
по предоставлению 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, утвержденному приказом
Фонда социального страхования Российской Федерации
от «16» мая 2019 г. № 256

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. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и статьями 14 - 19 Федерального закона от 12 января 1995 г. № 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:

№ карты:

Обеспечение с использованием электронного сертификата

№ 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> вручить в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации | <input type="checkbox"/> вручить в многофункциональном центре предоставления государственных и муниципальных услуг (при подаче заявления через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг) |
| <input type="checkbox"/> направить по почте | <input type="checkbox"/> 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 многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг, подписавшего заявление и принявшего приложенные к нему документы

подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии)

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 № _____

должность лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, принявшего заявление и приложенные к нему документы».

подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии)