Заявление подано:
- без необходимых документов ☐
- с неполным пакетом документов ☐

Приглашён(а) на МСЭ :

(первичное приглашение)
Дата _____
Время_____
по телефону ☐

выдан талон ☐

направлено почтой/ ☐
выдано приглашение ☐

(повторное приглашение)
Дата _____
Время_____
по телефону ☐

выдан талон ☐

направлено почтой/ ☐
выдано приглашение ☐

Главное бюро
ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России

Получатель государственной услуги: _____
_____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) получателя государственной услуги

(страховой номер индивидуального лицевого счёта – СНИЛС получателя государственной услуги)
Адрес регистрации: _____
_____
(указывается адрес регистрации получателя государственной услуги.
_____
Если адрес регистрации отличен от адреса места жительства (места пребывания,
_____
места нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за
_____
пределы Российской Федерации, то указывается и адрес места пребывания).
Документ, удостоверяющий личность: _____
_____
(указывается вид документа (паспорт), его серия, номер, дата и место выдачи)
Контактный телефон: _____
(Указывается контактный телефон гражданина или его законного представителя)
Законный (уполномоченный) представитель: _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя
_____
получателя государственной услуги)
Адрес электронной почты:_____
(указывается адрес электронной почты получателя (законного представителя) государственной услуги)

З А Я В Л Е Н И Е
(о проведении медико-социальной экспертизы в порядке обжалования решения бюро МСЭ)

В связи с несогласием с решением бюро № __ - филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» от "____"_____ 20___ г. прошу провести медико-социальную экспертизу в Главном бюро.

Я не согласен (на) с решением **(отметить любым знаком в соответствующем квадрате)**:

☐ О группе инвалидности (не признании инвалидом, ребёнком-инвалидом).

☐ О содержании индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА).

☐ О степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

☐ О содержании программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания (ПРП).

☐ О причине инвалидности.

☐ О стойкой утрате трудоспособности сотрудника: ОВД РФ; УИС РФ, федеральной Государственной противопожарной службы, органов наркоконтроля РФ.

☐ С иными решениями (указать какими): _____
_____
_____
_____

СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА):

- на медицинский осмотр, а при необходимости, дополнительное обследование, на истребование любых документов и ознакомление с ними специалистами ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю» Минтруда России в процессе проведения медико-социальной экспертизы;
- на приглашение на МСЭ по телефону (мобильному телефону) либо посредством талона.

«_____» _____ 20____ г. /_____/
(дата подачи заявления) **(подпись заявителя)**

Экспертный состав № _____
ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю»
Минтруда России

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Вх. № _____ от «_____»_____ 20____ г.

Отметка о наличии приложения: ☐ ДА ☐ НЕТ

Бюро № __ - филиал
ФКУ «ГБ МСЭ по Ставропольскому краю»

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Вх. № _____ от «_____»_____ 20____ г.

Отметка о наличии приложения: ☐ ДА ☐ НЕТ