В региональное отделение Фонда социального страхования РФ по Нижегородской области

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

Дата рождения

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Документ, удостоверяющий личность:

| вид документа |  |
| --- | --- |
| серия |  | № |  |
| выдан |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи) |

Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (страховой номер индивидуального лицевого счета) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель заявителя

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя заявителя)

Документ, удостоверяющий личность:

| вид документа |  |
| --- | --- |
| серия |  | № |  |
| выдан |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи) |

Документ, подтверждающий полномочия
представителя заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и номер документа, наименование органа,

выдавшего документ, дата выдачи)

 Телефон: (код города)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести медико-техническую экспертизу (далее МТЭ) на проведение ремонта/досрочной замены/замены (*ненужное зачеркнуть)*

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

 (наименование технического средства реабилитации, протеза)

полученного «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. в связи с невозможностью использования по причине

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

 (указать причину)

Для проведения МТЭ (*не нужное зачеркнуть*) предъявляю техническое средство реабилитации / не могу предъявить техническое средство реабилитации в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 указать причину невозможности предъявления:

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

 трудности в транспортировке, состояние здоровья и т.д.)

и прошу провести МТЭ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать адрес)

МТЭ технического средства реабилитации прошу провести (*не нужное зачеркнуть*) в моем присутствии/ без моего присутствия.

О дате проведения МТЭ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. уведомлен лично.

(дата и подпись заявителя)

Сведения по документу, удостоверяющему личность заявителя/представителя заявителя (нужное подчеркнуть), проверены, заявление с приложенными к нему документами в количестве

|  | экземпляров приняты “ | \_\_ | ” |  | , зарегистрированы под № |  | . |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| М.П. |  |  |   |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (должность, Ф.И.О. лица, принявшего документы) |  | (подпись, дата) |