«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 органаФонда 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | вручить в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации |  | вручить в многофункциональном центре предоставления 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 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) |