

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
06 липня 2022 року № 195

Запорізьке обласне відділення
Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю

(повне найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю)

Іванової Олени Іванівни

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

зареєстроване місце проживання:

вул. Лахтінська, буд. 0, кв. 0, м. Запоріжжя, 69097

задеклароване місце проживання (перебування):

вул. Лахтінська, буд. 0, кв. 0, м. Запоріжжя, 69097

ЗАЯВА*

про заміну засобу реабілітації

Прошу замінити протез лівої молочної залози, ліфи для кріплення протезів (3 од.) _____
(найменування виробу)

у зв'язку із закінченням строку експлуатації виробу _____

(закінченням строку експлуатації виробу / викраденням / руйнуванням унаслідок дій непереборної сили / зміною медичних показань / проживанням безпосередньо в районах та у період проведення воєнних (бойових) дій або в районах, що піддавалися бомбардуванням, авіаударам та іншим збройним нападам під час військової агресії Російської Федерації проти України)

До заяви додаю документи, передбачені Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362).

Я ознайомлений(а) із:

переліком підприємств, до яких можна звернутися з питань забезпечення засобами реабілітації;

електронним каталогом засобів реабілітації, якими такі підприємства забезпечують;

механізмом забезпечення засобами реабілітації та отримання компенсації;

інформацією щодо електронного кабінету особи, його функціоналу та офіційного вебсайту Мінсоцполітики;

інформацією щодо сумісності засобів реабілітації.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації.

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.
 Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ ___ 20__ р. подати такі документи: _____

_____/_____ Ознайомився(лась) Підпис
 (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи) (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

✂------(лінія відрізу)-----

Заяву та документи на ___ аркушах прийнято ___ ___ 20__ р. та зареєстровано за № _____.
 Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ ___ 20__ р. подати такі документи: _____

_____/_____ Ознайомився(лась) Підпис
 (підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи) (підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.