

## 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: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность инвалида:

Наименование: \_\_\_\_\_

Серия: \_\_\_\_\_ Номер: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ 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. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**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)

М. П.

**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)