Приложение 3

к приказу Департамента

здравоохранения города Москвы

от 22.05.2017 № 362

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОТДЕЛЬНЫХ

КАТЕГОРИЙ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ЖИТЕЛЯМИ ГОРОДА

МОСКВЫ

И.о. главного врача ГБУЗ «ДГП № 38 ДЗМ»

Захаровой С.В.

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, год рождения)

прошу обеспечить меня (моего ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина/ребенка, год рождения,

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

адрес места жительства)

мерами социальной поддержки (лекарственными препаратами / изготовление и ремонт зубных протезов (нужное подчеркнуть)).

Для подтверждения льготного статуса прилагаю копии следующих документов\*

(необходимое отметить):

* Паспорт гражданина Российской Федерации;
* Свидетельство о регистрации по месту жительства (форма 8 приказа Федеральной миграционной службы от 11 сентября 2012 г. № 288 «Об утверждении административного регламента предоставления Федеральной миграционной службой государственной услуги по регистрационному учету граждан Российской федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации»)
* Документы, подтверждающие установление опеки (распоряжение муниципалитета, постановление администрации территориального муниципального округа города Москвы и иные документы, подтверждающие место жительства в городе Москве);
* Документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
* Полис обязательного медицинского страхования гражданина/ребенка;
* Удостоверение многодетной семьи;
* Свидетельство(а) о рождении ребенка (детей).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(дата) (подпись) (расшифровка)

\*Копии документов предъявляются вместе с подлинными документами.

В соответствии со статьёй 8 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие

или законного представителя)

­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на автоматизированную, а также

(наименование медицинской организации)

без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 21.07.2014, со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(дата) (подпись) (расшифровка)

Решение медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Руководитель

Медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(дата)

М.П.

Заявитель ознакомлен

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(дата) (подпись) (расшифровка)