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 16.05.2019 N 256

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 \_\_Государственное учреждение –региональное отделение Фонда социального

страхования РФ по Республике Коми

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [<\*>](#P907)

(фамилия, имя, отчество

(при наличии) заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ,

удостоверяющий личность, дата выдачи)

Телефон домашний (при наличии)

с указанием кода города: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии):

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

Страховое свидетельство

государственного пенсионного

страхования (страховой номер

индивидуального лицевого счета)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии со [статьей 11.1](consultantplus://offline/ref=243FE51C28EE9C5FE2644D7A4A04E8D89C24473756E7C6936880B165D45E121ABFC10954A7FC9FAD054BFD9D811FEA774BE3A09DiCl3G) Федерального закона от 24 ноября 1995 г.

N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и статьями

[14](consultantplus://offline/ref=243FE51C28EE9C5FE2644D7A4A04E8D89C24473751E3C6936880B165D45E121ABFC10955AAFC9FAD054BFD9D811FEA774BE3A09DiCl3G) - [19](consultantplus://offline/ref=243FE51C28EE9C5FE2644D7A4A04E8D89C24473751E3C6936880B165D45E121ABFC10956A2F5C0A8105AA5918908F57457FFA29CCBiDlEG) Федерального закона от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ "О ветеранах" прошу

предоставить государственную услугу 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 следующей части:

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

(указать конкретный вид обеспечения инвалида или ветерана)

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

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

В сопровождении нуждаюсь не нуждаюсь [<\*\*>](#P908)



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

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

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

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия и номер,

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

наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата

выдачи)

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

Перечень прилагаемых заявителем (инвалидом, ветераном) либо его

законным или уполномоченным представителем документов, необходимых для

предоставления государственной услуги:

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

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

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

Предпочтительный способ информирования заявителя:

(нужное отметить)

по телефону:



домашний;



мобильный;



смс-информирование;



посредством почтовых отправлений;



по электронной почте;



иным способом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



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

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

(указать иной способ информирования)

Нуждаюсь в предоставлении услуг по переводу русского жестового языка



(сурдопереводу/тифлосурдопереводу).

(отметить при необходимости)

Прошу результат предоставления государственной услуги:

Вручить в территориальном органе Фонда Вручить в МФЦ



Направить по почте Направить в форме



электронного документа

(при направлении заявления

через Единый портал,

личный кабинет

получателя услуг на

официальном сайте Фонда)

Прошу перечислить компенсацию за самостоятельно приобретенное

техническое средство (изделие):

Почтовым переводом Перечислением средств на



счет, открытый в

кредитной организации

N платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом

(при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подтверждаю согласие на участие в СМС-опросе о качестве



предоставления государственных услуг.

(отметить при необходимости)

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

(подпись заявителя)

Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя,

проверены. [<\*\*\*>](#P909)

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

(должность работника многофункционального (подпись) (фамилия, имя,

центра, подписавшего заявление и отчество (при

принявшего приложенные к нему документы) наличии))

МП [<\*\*\*>](#P909).

Сведения, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность заявителя

(представителя), проверены.

Заявление с приложенными к нему документами в количестве \_\_\_ экземпляров

приняты и зарегистрированы

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ под N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(должность лица (подпись) (фамилия, имя, отчество (при

территориального органа Фонда, наличии))

принявшего заявление и

приложенные к нему документы)

--------------------------------