

Директору ГБУ города Москвы
«Московский городской центр
реабилитации»
О.Л. Тропникову

от _____
(ФИО инвалида/либо законного представителя)

адрес проживания, контактная информация

Прикреплен к медицинской организации

(наименование организации)

Заявление

Прошу
предоставить

Ф.И.О. инвалида
_____ года рождения, инвалиду _____ группы, проживающему по адресу

_____, телефон _____ курс комплексной реабилитации.

Приложение:

1. Для лиц старше 14 лет – копия паспорта гражданина (разворот с фотографией, развороты со всеми отметками о регистрации по месту жительства);
2. Для лиц младше 14-ти лет:
 - 2.1. Копия свидетельства о рождении и копия паспорта законного представителя;
 - 2.2. Выписка из домовой книги и/или Единый жилищный документ, подтверждающий факт регистрации по месту жительства в городе Москве.
3. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждениями медико-социальной экспертизы;
4. Копия действующей индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, выдаваемой федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
5. Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя;
6. Доверенность от инвалида в свободной форме (в случае подачи заявления доверенным лицом);
7. Подробная выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» давностью не более 30 дней), с указанием результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, исследования уровня функциональных

нарушений и степени приспособления к окружающей среде, этапа реабилитации, факторов риска, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, проведённого лечения, рекомендаций;

8. Выписной эпикриз из стационара давностью не более 6 мес. – при наличии

9. Копия полиса обязательного медицинского страхования (при наличии).

(число, месяц и год подачи заявления) (личная подпись заявителя / доверенного лица)