

И.о. директора ГБУ МГЦР

О.А. Овчинниковой

От _____

(ФИО пациента / законного представителя)

(Адрес регистрации)

(Номер телефона)

(Ф.И.О пациента, чьи интересы представляет законный представитель)

Прикреплен к медицинской организации

(наименование организации)

Заявление

Прошу предоставить _____
(Ф.И.О.)

_____ года рождения, инвалиду _____ группы, зарегистрированному 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 пациента в свободной форме (в случае подачи заявления доверенным лицом);
7. Подробная выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях давностью не более 30 дней на момент подачи заявления (форма № 027/у либо универсальный выписной эпикриз из ЕМИАС) с указанием основного и сопутствующих диагнозов, 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, проведенного лечения, рекомендаций;
8. Выписные эпикризы из стационара при наличии
9. Копия полиса обязательного медицинского страхования (при наличии).

Согласие на обработку персональных данных клиента

Я, _____ г.р.
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Зарегистрирован по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____, выдан _____

(кем, когда)

являясь законным представителем _____ г.р.
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

зарегистрированного по адресу _____

даю свое согласие на обработку в ГБУ «Московский городской центр реабилитации» персональных данных получателя услуг/законного представителя, к которым относятся:

фамилия, имя, отчество;

- год, месяц, дата и место рождения;
- свидетельство о гражданстве (при необходимости);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- номер свидетельства обязательного пенсионного страхования, дата регистрации в системе обязательного пенсионного страхования;
- номер полиса обязательного медицинского страхования;
- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания;
- почтовый и электронный адреса;
- номера телефонов;
- фотографии получателя услуг и/или его законного представителя;
- сведения об образовании, профессии, специальности и квалификации;
- сведения о семейном положении и составе семьи;
- данные медицинских документов;
- а также все иные персональные данные, относящиеся к моей личности.

Я даю согласие на использование своих персональных данных в целях:

- обеспечения реабилитационного процесса;
- обеспечения безопасности в период нахождения на территории реабилитационного учреждения;
- размещения фотоизображения на официальном сайте ГБУ МГЦР и социальных сетях в рамках реабилитационного процесса и участия в мероприятиях;
- видеосъемки и размещения на официальном сайте ГБУ МГЦР и социальных сетях в рамках реабилитационного процесса и участия в мероприятиях;
- работы в ИИС «Управление Центром»;
- ведения статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – ДТСЗН, медицинским организациям, образовательным учреждениям и т.д.), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

ГБУ МГЦР гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован (а), что ГБУ МГЦР будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных клиента ГБУ МГЦР.

Мне известно, что данное Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в собственных интересах.

(дата)

(подпись,

расшифровка)