|  |
| --- |
| Директору\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(найменування підприємства)

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

(прізвище та ініціали заявника)

адреса місця проживання (перебування):

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

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

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

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

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

(прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) учасника бойових дій / його законного представника)

учасник (законний представник учасника) операції, який втратив функціональні можливості \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(зазначити, якої кінцівки / яких кінцівок)

прошу розглянути на засіданні Комісії при Фонді соціального захисту осіб з інвалідністю (далі – Фонд) питання доцільності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(зазначити необхідне: забезпечення виробом підвищеної функціональності за новітніми технологіями та/або спеціальним виробом для занять спортом)

відповідно до рішення військово-лікарської комісії або висновку лікарсько-консультативної комісії про потребу в протезуванні, ортезуванні

Мені надано роз’яснення стосовно обмежень державного фінансування вартості протезування та/або ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та/або спеціальними виробами для занять спортом, а також стосовно того, що в разі перевищення граничної вартості доплату різниці за протезування та/або ортезування можна провести за рахунок власних коштів або інших не заборонених законодавством джерел фінансування шляхом перерахування відповідних коштів на спеціалізований рахунок Фонду, відкритий у державному банку або Державній казначейській службі України,

для подальшого перерахування цих коштів вітчизняному протезно-ортопедичному підприємству.

Мене попереджено про відповідальність за подання документів, які містять свідомо неправдиві дані.

Даю згоду на оброблення моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України „Про захист персональних даних”.

Мене поінформовано про права, визначені вищезазначеним Законом, мету збору персональних даних і подальше їх використання.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (дата) |  | (підпис заявника / його законного представника) |  |

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно подати до \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р. такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/„Ознайомився(лась)”\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, прізвище та ініціали (підпис, прізвище та ініціали заявника /  відповідальної особи) його законного представника) |
| ✂-----------------------------------------------(лінія відрізу)------------------------------------------ |
| Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Додатково для розгляду заяви необхідно подати до \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_20\_\_ р. такі документи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/„Ознайомився(лась)” \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис, прізвище та ініціали (підпис, прізвище та ініціали заявника /  відповідальної особи) його законного представника) |