## Приложение 3

к приказу Департамента

здравоохранения города Москвы

от 22 мая 2017 года N 362

**Форма заявления для получения мер социальной поддержки отдельных категорий женщин и детей, являющихся жителями города Москвы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | (должность, Ф.И.О. |
|  |  |
|  | руководителя медицинской организации) |
| **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 / изготовления 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](https://docs.cntd.ru/document/499011600#8PG0LR) |
|  | миграционной службы от 11 сентября 2012 г. N 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 [статьей 9](https://docs.cntd.ru/document/901990046#7DI0K7) [Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ](https://docs.cntd.ru/document/901990046) "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. N 152-ФЗ "О персональных данных"](https://docs.cntd.ru/document/901990046#7D60K4) 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) |  | (ФИО руководителя МО) |  |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |  |  |  |
| (дата) |  |  |  |  |  |
| М.П. |  |  |  |  |  |
| Заявитель ознакомлен |  |  |  |  |  |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  | / |  | / |
| (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка) |  |