## 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) | |  |