

Руководителю бюро № \_\_\_\_\_ - филиала  
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Марий Эл»  
Минтруда России

от \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество заявителя или его законного представителя)

законного представителя (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

индекс \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства (пребывания) освидетельствуемого лица)

Адрес электронной почты (при наличии):  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Контактный телефон:  
\_\_\_\_\_

(телефон заявителя или его законного представителя)  
страховой номер индивидуального лицевого счета  
(СНИЛС): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(СНИЛС) законного представителя \_\_\_\_\_

Серия и № документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Дата и место выдачи документа \_\_\_\_\_

## Заявление

Прошу провести медико-социальную экспертизу

первично  повторно

\_\_\_\_\_ с целью:  
(указать фамилию, имя, отчество освидетельствуемого лица) (нужное отметить знаком ✓)

- установления группы инвалидности  категории «ребенок инвалид»
- изменения причины инвалидности
- определения степени утраты профессиональной трудоспособности
- установления причины смерти инвалида
- разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)
- разработки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания
- определения нуждаемости в постоянном постороннем уходе

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(а) на обработку персональных данных.

нуждаюсь в предоставлении услуги по сурдопереводу

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись заявителя  
(его законного представителя)