Приложение

к приказу Министерства труда

и социальной защиты

Российской Федерации

от 5 мая 2025 г. N 294н

Форма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
|  | (полное наименование бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах, являющегося филиалом главного бюро [<1>](#P173) (главного бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, находящегося в ведении Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, главного бюро медико-социальной экспертизы, находящегося в ведении иных федеральных органов исполнительной власти [<2>](#P174), Федерального бюро медико-социальной экспертизы [<3>](#P175)), в которое подается заявление) |
|  |  |
|  | от |  |
|  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) |
|  | Статус заявителя |  |
|  |  | (получатель услуги, законный (уполномоченный) представитель) |

|  |
| --- |
| Заявлениео проведении медико-социальной экспертизы |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Прошу выдать: |  | : |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
|  копию акта медико-социальной экспертизы гражданина копию протокола медико-социальной экспертизы гражданина индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) программу реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания |
| 2. Прошу провести медико-социальную экспертизу |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| с целью: выдачи дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах |
|  | ; |
| (указываются обстоятельства утраты (порчи) справки и место ее выдачи) |  |
|  выдачи новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества, даты рождения гражданина; определения причины смерти инвалида, лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки |
| сведения об умершем: |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего, дата смерти, номер и дата актовой записи о смерти) |
|  |
| (сведения об инвалидности (при наличии) умершего) |
|  | ; |
| (сведения о родственных связях с умершим) |
| внесения исправлений в индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида): в связи с изменениями персональных данных инвалида (ребенка-инвалида), устранения технических ошибок (описок, опечаток, грамматических или арифметических ошибок либо подобных ошибок); в связи с изменением антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), уточнением характеристик ранее рекомендованных видов мероприятий и услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации, технических средств реабилитации и услуг; в связи с установлением целевой реабилитационной группы (целевых реабилитационных групп); в связи с включением рекомендаций о товарах и услугах, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, за счет средств (части средств) материнского (семейного) капитала;внесения исправлений в программу реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания: в связи с изменением антропометрических данных пострадавшего, необходимостью уточнения характеристик ранее рекомендованных видов реабилитационных мероприятий; в связи с изменением персональных данных пострадавшего, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая, арифметическая либо подобная ошибка); обжалования решения бюро (главного бюро) в целях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;(указать цель) |
|  иной целью, установленной законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(указать цель) |
| 3. Предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы: с личным присутствиемнеобходимо предоставление услуги по переводу русского жестового языка: сурдопереводу тифлосурдопереводу без личного присутствия дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий (при обжаловании решения бюро (главного бюро)4. Сведения о получателе услуги по проведению медико-социальной экспертизы: фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| дата рождения |  |
|  | (число, месяц, год) |
| гражданство |  |
|  | (гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства (нужное указать) |
| сведения о месте жительства (месте пребывания, месте фактического проживания (нужное указать) |
|  |
|  |
| (почтовый индекс, наименование субъекта Российской Федерации, района, города, иного населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры) |
| документ, удостоверяющий личность |  |
|  |
| (наименование, серия и номер, дата и место выдачи, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи) |
| страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный номер телефона (при наличии):домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. Сведения о законном или уполномоченном представителе получателя услуги (при наличии):фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата рождения |  |
|  | (число, месяц, год) |
| гражданство |  |
|  | (гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства (нужное указать) |
| сведения о месте жительства (месте пребывания, месте фактического проживания (нужное указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| (почтовый индекс, наименование субъекта Российской Федерации, района, города, иного населенного пункта, улицы, номер дома, корпуса, квартиры) |
| документ, удостоверяющий личность |  |
|  |
| (наименование, серия и номер, дата и место выдачи, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность, дата выдачи) |
| страховой номер индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный номер телефона (при наличии):домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6. Прошу обеспечить информирование о ходе рассмотрения заявления и результатах предоставления услуги по проведению медико-социальной экспертизы посредством уведомления: в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"; по телефону, включая мобильную связь; лично в бюро, главном бюро, Федеральном бюро; почтовым отправлением.7. Перечень документов, приложенных к заявлению:1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Подтверждаю согласие на обработку в установленном порядке [<4>](#P176) персональных данных, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых документах, в целях и объеме, необходимом для проведения медико-социальной экспертизы. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Дата (день, месяц, год) |  | (подпись заявителя) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |

--------------------------------

<1> Далее - бюро.

<2> Далее - главное бюро.

<3> Далее - Федеральное бюро.

<4> Федеральный [закон](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=482686&date=02.07.2025&demo=2) от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".