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) |

|  |
| --- |
| Заявление  о 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 присутствием  необходимо 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".