

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
12 лютого 2013 року № 109
(у редакції наказу
Міністерства
охорони здоров'я України
від 13 листопада 2024 року
№ 1902)

Форма

Заява про взяття на облік особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та визначених категорій осіб для забезпечення медичними виробами та іншими засобами	
(Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурний підрозділ з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій) (Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю або їх законного представника, визначеної категорії осіб) (Група та причина інвалідності, терміном до _____) фактичне місце проживання, контактний телефон: _____ дані щодо реєстрації місця проживання:	
Прошу поставити _____ (Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, визначеної категорії осіб) на облік для безоплатного забезпечення медичними виробами та іншими засобами, що визначені у порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших окремих категорій населення медичними виробами та іншими засобами, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року № 1301 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 лютого 2021 року № 141): (вказати конкретні медичні вироби та інші засоби)	

До заяви додаються такі документи:

1. Копія паспорта громадянина України, тимчасове посвідчення громадянина України, посвідка на постійне проживання, посвідка на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, або свідоцтво про народження (для дітей віком до 14 років);
2. Довідка медико-соціальної експертної комісії про встановлення інвалідності (для дітей з інвалідністю – висновок лікарсько-консультативної комісії) у разі, коли особа вперше звертається до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я або коли змінюється група і причина настання інвалідності;
3. Індивідуальна програма реабілітації (для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю) або висновок лікарсько-консультативної комісії щодо забезпечення медичними виробами (для осіб з інвалідністю, група інвалідності яких встановлена до 1 січня 2007 р., – безстроково або строк дії якої не закінчився), для визначених категорій осіб – висновок військово-лікарської комісії чи лікарсько-консультативної комісії;
4. Посвідчення про взяття на облік бездомної особи (для бездомних осіб);
5. Документ, що засвідчує реєстрацію в Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків, в якому зазначено реєстраційний номер облікової картки платника податків, або копію сторінки паспорта громадянина України з відміткою про наявність права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта громадянина України (для осіб, які через релігійні переконання відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному органу державної податкової служби і мають відмітку в паспорті громадянина України);
6. Довідка про реєстрацію місця проживання для дітей з інвалідністю віком до 14 років та інших осіб, у разі подання паспорта у формі картки (крім бездомних осіб).

Законні представники осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю чи визначених категорій осіб та керівник закладу (установи), також подають документи, що підтверджують особу та повноваження як законного представника або керівника закладу (установи).

« ____ » _____ 20 ____ року

(підпис особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю або їх законного представника, визначеної категорії осіб)

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР