Приложение 1

к Порядку предоставления

денежной компенсации расходов на оплату

стоимости проезда к месту получения

медицинской помощи и обратно

Главе Березовского района

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес (телефон):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу произвести денежную компенсацию расходов на оплату стоимости проезда к месту получения медицинской помощи и обратно в период с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года по маршруту:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прилагаю следующие документы в количестве:**

1. копия паспорта или документа, удостоверяющего личность, подтверждающего место регистрации на территории Березовского района (копия свидетельства о рождении для детей до 14 лет);

2.оригиналы проездных билетов, посадочные талоны;

3.копия направления, выданного учреждением здравоохранения Березовского района на получение медицинской помощи[[1]](#footnote-1);

4. копия выписки медицинской организации проводившей оказание медицинской помощи;

5. справка, подтверждающая очную форму обучения (для студентов из учебного заведения в возрасте до 23 лет);

6. оригиналы проездных документов (билетов) сопровождающего лица (при наличии показания необходимости сопровождения);

7. копия заключения врачебной комиссии о необходимости сопровождения;

8. выписка из протокола врачебной комиссии, подтверждающая направление на долечивание в специализированные санатории после прохождения стационарного лечения (для граждан, направленных на долечивание в специализированные санатории после стационарного лечения);

9. копия отрывного талона от санаторно – курортной путевки, заверенная учреждением здравоохранения, выдавшего направление на долечивание в специализированные санатории после прохождения стационарного лечения (для граждан, направленных на долечивание в специализированные санатории после стационарного лечения);

10. реквизиты лицевого счета.

Прошу перечислить денежную компенсацию на счет №

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и номер филиала кредитного учреждения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в предоставленных мною документах.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Документы принял:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность (подпись) (расшифровка подписи)

Дата принятия документов: «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

1. Направление, выданное медицинским учреждением, расположенным на территории Березовского района, осуществляющим наблюдение или прием больного на получение медицинской помощи в учреждения здравоохранения Березовского района, Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, в учреждения здравоохранения, расположенные за пределами Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, в связи с невозможностью оказания необходимых медицинских услуг по месту проживанию и в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре [↑](#footnote-ref-1)