|  |
| --- |
| Главному врачу  КГБУЗ ДГП 17Хабаровска  Ершовой Н.М. |

ЗАЯВЛЕНИЕ №  
(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

1. **Информация о гражданине**  
   1.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   (указывается в точном соответствии с записью в документе,  
   удостоверяющем личность)  
   1.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   (указывается в точном соответствии с записью в документе,  
   удостоверяющем личность)  
   1.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   (указывается в точном соответствии с записью в  
   документе, удостоверяющем личность)   
   1.4. Пол: муж. жен.  
   1.5. Дата рождения: "\_\_\_" \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_** г.

1.6. Место рождения:  
1.7. Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1.8. Полис ОМС: N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1.9. Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1.11. **ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ**: вид документа:   
серия: номер  дата выдачи**:**

кем выдан \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:   
город (село, деревня, ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
область (край, республика): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
адрес (улица, дом, корпус, квартира): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:  
город (село, деревня, ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
область (край, республика): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
адрес (улица, дом, корпус, квартира):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   
1.13. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1.14. Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты:  
**Что посещает(номер или название д\сада\школы\учебного заведения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**II. Сведения о представителе**   
2.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе,  
удостоверяющем личность)   
2.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе,  
удостоверяющем личность)  
2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
(указывается в точном соответствии с записью в  
документе, удостоверяющем личность)  
  
2.4. Отношение к застрахованному лицу, мать отец иное (нужное отметить знаком "V")  
сведения о котором указаны в заявлении: **дата рождения:**  
2.5. Вид документа, удостоверяющего личность   
2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного  
представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
2.6. Серия \_**\_\_\_\_** 2.7. Номер **\_\_\_\_\_**  
2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)  
2.9. Контактный телефон:   
Адрес электронной почты:  
  
III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь)  
к медицинской организации \_\_\_\_\_\_**ДГП № 17**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование МО)  
для получения в рамках территориальной программы ОМС  
амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, порядок, условия и критерии  
доступности которой определены программой государственных гарантий оказания  
гражданам Российской Федерации на территории г. **ХАБАРОВСКА**  
бесплатной медицинской помощи на текущий год.  
Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой  
гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен(а) от медицинской  
организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(наименование МО)  
в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.  
  
Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)  
  
Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную  
медико-санитарную помощь, и сведениями о территориях обслуживания  
(врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)  
  
Подпись руководителя  
медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.М. Ершова  
(Ф.И.О.)  
  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. обязательно к заполнению  
(дата)