

**Голові Центру оцінювання
функціонального стану особи**

МОРОЗ Олені

(прізвище, ім'я, по батькові)

(дата народження)

(РНОКПП)

(номер та дата рішення експертної команди)

(заклад охорони здоров'я)

(адреса задекларованого місця проживання)

(контактний номер телефону)

(адреса електронної пошти)

Відомості щодо уповноваженої особи:

(прізвище, ім'я, по батькові)

(адреса задекларованого місця проживання)

(контактний номер телефону)

(адреса електронної пошти)

З А Я В А

Прошу розглянути заяву про оскарження прийнятого рішення експертною командою з питання, яких стосується заява/скарга (позначити необхідне):

- продовження тимчасової непрацездатності;
- встановлення групи інвалідності;
- визначення потреби в постійному догляді та інших соціальних послугах, призначення допоміжних засобів реабілітації (технічних та інших засобів реабілітації) та/або медичних виробів;
- встановлення причинного зв'язку інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві;
- встановлення ступеня втрати професійної працездатності;

- визначення медичних показань для забезпечення автомобілем або електроскутером і протипоказань до керування ними;
- встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням, трудовим каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;
- встановлення строку інвалідності;
- до визначеної дати початку інвалідності.

Вимоги щодо зміни або скасування рішення експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи або медико-соціальної експертної комісії, що оскаржується, та їх обґрунтування:

Бажана форма розгляду скарги (вказати один з варіантів):

- очно;
- заочно;
- з використанням методів і засобів телемедицини.

До заяви долучаю відео- та/або аудіозапис (необхідне підкреслити) оцінювання експертною командою, на якому було прийнято рішення, що оскаржується (за наявності). Запис направлено “__” _____ 20__ року з електронної пошти _____ (вказати e-mail) на електронну пошту Центра оцінювання cofso@ndimspi.gov.ua з темою листа:

_____.
(Аудіозапис ОПФО, ПІБ пацієнта, дата оцінювання або Відеозапис ОПФО, ПІБ пацієнта, дата оцінювання)

«__» ____ 2026 року

(дата)

(підпис)