

ЗАТВЕРДЖЕНО

**Наказ Міністерства соціальної
політики України**

06 липня 2022 року № 195

(повне найменування підприємства)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)
паспорт (інший документ, що посвідчує особу):
серія _____ № _____, виданий _____

(ким, дата)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) законного
представника / уповноваженої особи)

зареєстроване місце проживання: _____

задеклароване місце проживання (перебування): _____

контактні телефони _____

електронна адреса _____

ЗАЯВКА *

**про намір забезпечення протезно-ортопедичним виробом, у тому числі ортопедичним
взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту**

Прошу забезпечити _____
(найменування виробу)

Мені роз'яснено, що відповідно до Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року № 362):

забезпечення протезно-ортопедичними виробами, у тому числі ортопедичним взуттям, допоміжними засобами для особистого догляду та захисту (далі – індивідуальний засіб реабілітації), надання послуг з їх післягарантійного ремонту проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

я маю право звернутись до іншого підприємства протягом 14 календарних днів;

підвид індивідуального засобу реабілітації та мої функціональні можливості визначає лікар підприємства у замовленні на індивідуальний засіб реабілітації відповідно до Порядку визначення функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи з порушеннями функцій нижніх кінцівок, яка потребує протезування / ортезування, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 20 січня 2015 року № 37, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 30 січня 2015 року за № 99/26544;

функціональність протезно-ортопедичного виробу, яким мене буде забезпечено, має відповідати ступеню моїх функціональних можливостей;

замовлення на індивідуальний засіб реабілітації за моїм бажанням може оформлюватися спеціалістами підприємства за місцем мого проживання (перебування);

у разі зміни медичних показань у період між поданням заявки про намір забезпечення індивідуальним засобом реабілітації та фактичним його виготовленням я можу відмовитися від замовленого засобу та замовити інший;

замовлення на виготовлення необхідного мені індивідуального засобу реабілітації передається на виробництво після обов'язкового уточнення моїх антропометричних даних, яке проводиться не пізніше ніж за 30 днів до дня його передання;

за письмовим зверненням (моїм чи мого законного представника) підприємство може надіслати поштою лише обтуратори та ортези із текстильних матеріалів;

право на забезпечення засобами реабілітації призупиняється на наступний строк експлуатації у разі виявлення факту продажу, дарування або передачі до закінчення строку експлуатації виданих за кошти державного бюджету технічних та інших засобів реабілітації; неповернення засобів, що підлягають поверненню, відповідно до наказу Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138 „Деякі питання забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення”, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

виявлення, зокрема за результатами моніторингу засобів реабілітації, виданих за рахунок коштів державного бюджету, факту умисних пошкодження, втрати, продажу, обміну та/або дарування засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який вони видаються, може бути також підставою для відмови в забезпеченні засобами реабілітації на наступний строк;

я, мій законний представник чи уповноважена особа повинні забрати індивідуальний засіб реабілітації протягом чотирьох місяців із дня його виготовлення.

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації.

Заявку та документи на ____ аркушах прийнято ____ 20__ р. та зареєстровано за № ____.	
____ / ____ Ознайомився(лась) ____	
(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.