

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации **АО «Здоровье»** 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 Тюменской области бесплатной медицинской помощи на текущий год, а так же в связи с (нужное отметить знаком **V**):

- первичным выбором медицинской организации;
- выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;
- выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
- прекращением деятельности медицинской организации;
- откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен (а) от медицинской организации в которой ранее получал (а) медицинскую помощь. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления:

## I. Информация о гражданине

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3 Пол (нужное подчеркнуть): муж /жен

1.4 Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

1.5 Место рождения \_\_\_\_\_

1.6 Гражданство \_\_\_\_\_

1.7 Полис ОМС: № \_\_\_\_\_ 1.8 Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин \_\_\_\_\_

1.9 Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) \_\_\_\_\_ (при наличии)

1.10 Документ, удостоверяющий личность:

вид документа: \_\_\_\_\_ (паспорт, другой документ, удостоверяющий личность)

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

**Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации)**

- 1.11 Адрес постоянной регистрации \_\_\_\_\_  
Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
- 1.12 Адрес фактического проживания для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника \_\_\_\_\_
- 1.13. Контактный телефон: домашний \_\_\_\_\_; сотовый \_\_\_\_\_  
Рабочий \_\_\_\_\_; Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_
- 1.14. Место работы: \_\_\_\_\_  
должность \_\_\_\_\_
- 1.15. Наличие льгот (да/нет) \_\_\_\_\_. При наличии - указать какие именно льготы имеются \_\_\_\_\_
- 1.16. Наличие инвалидности (да/нет) \_\_\_\_\_. При наличии инвалидности указать группу \_\_\_\_\_.

## II. Сведения о представителе (для недееспособных граждан – опекунами)

- 2.1 Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.2. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении (нужное подчеркнуть)  
мать, отец, иное \_\_\_\_\_
- 2.3 Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_
- 2.4 Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Подпись заявителя (законного представителя) \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

## III. Дополнительные сведения

Причина отказа в принятии на медицинское обслуживание заявителя \_\_\_\_\_

Подпись руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

## Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, а также на информирование меня по вопросам оказания медицинской помощи (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации адресу, контактными номерами телефонов, по электронной почте).

Подпись заявителя (законного представителя) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заявление принял \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, дата, подпись)