

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
соціальної політики України
28 травня 2021 року № 278

(повне найменування підприємства)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

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

місце проживання (zareestrovane): _____

місце проживання/перебування (фактичне): _____

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 технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, 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, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 20 січня 2015 року № 37, zareestrovano 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 технічними та іншими 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 Переліку виданих особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення технічних та інших засобів реабілітації, що підлягають поверненню до структурних підрозділів з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах рад у разі смерті зазначених осіб та з інших причин, якщо строк їх експлуатації не закінчився, затвердженого наказом Міністерства соціальної політики України від 10 серпня 2018 року № 1138, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 вересня 2018 року за № 1014/32466;

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

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

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

**Генеральний директор
Директорату соціального
захисту прав осіб з інвалідності**

О. Полякова

*(Форма заяви із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства соціальної політики
України № 551 від 29.09.2021)*