

ТОВ «Фенікс-Медікал»
(повне найменування підприємства)

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

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

місце проживання (zareєстроване): _____

місце проживання / перебування (фактичне): _____

Контактні телефони _____

Електронна адреса _____

ЗАЯВКА*

про намір забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням

Прошу забезпечити мене кріслом колісним моделі _____

(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 та інші засоби реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 (зі змінами):

забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням (далі – технічні засоби реабілітації), надання послуг з їх післягарантійного ремонту, технічного обслуговування крісел колісних підвищеної надійності та функціональності проводиться згідно з договорами, укладеними територіальним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів з підприємством у межах бюджетних призначень, у порядку черговості;

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

підприємство підбирає та призначає технічні та інші засоби реабілітації, функції та оснащення яких відповідають моїм функціональним можливостям, згідно з порядком призначення та сумісності технічних та інших засобів реабілітації;

у разі забезпечення кріслом колісним підприємство надає мені послуги з адаптації та освоєння зазначеного засобу реабілітації;

після закінчення гарантійного строку експлуатації крісла колісного підвищеної надійності та функціональності я зобов'язаний(а) надавати його підприємству для технічного обслуговування кожні два роки;

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

у разі отримання мною технічного засобу реабілітації, що не відповідає вимогам, зазначеним в анкеті на виготовлення (забезпечення) технічних засобів реабілітації, територіальне відділення Фонду соціального захисту інвалідів складає акт про непридатність до експлуатації. Такий засіб повертається підприємству, а мені позачергово видається аналогічний технічний засіб реабілітації за рахунок коштів підприємства;

право на забезпечення засобами реабілітації призупиняється на наступний термін експлуатації у разі виявлення факту умисного пошкодження такого засобу, його втрати, продажу, обміну та/або дарування; неповернення виробів, що підлягають поверненню, відповідно до переліку, затвердженого Мінсоцполітики;

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 № _____.

Додатково для розгляду заяви необхідно до ___ 20__ р. подати такі документи: _____

_____/_____ Ознайомився(лась) _____

(підпис, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)

(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)