

ТОВ «Фенікс-Медікал»

(повне найменування підприємства)

Шевченко Іван Іванович

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

Паспорт: АА № 123456 виданий Автозаводським РВ КМУ

УМВС України в Полтавській області; 01.02.1991

М. Полтава, вул. Одеська, 1, кв. 2

Контактні телефони: **+380971112233**

Електронна адреса _____

ЗАЯВКА^[1] про намір забезпечення допоміжними засобами для особистої гігієни, допоміжними засобами особистої рухомості, переміщення та підйому, засобами для пересування, меблями, оснащенням

Прошу забезпечити

кріслом колісним

(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 в 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;

у разі виявлення факту умисного пошкодження, втрати, продажу, обміну та / або дарування технічних засобів реабілітації іншій особі протягом строку, на який їх видано, неповернення засобів, що підлягають поверненню, може бути підставою для відмови в забезпеченні мене технічними та іншими засобами реабілітації на наступний строк експлуатації;

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 ПРИЗВИЩЕ особи, що)

законного представника /

прийняла документи

уповноваженої особи)

Шевченко І. І.

(підпис заявника /