

Приложение 1
к Временному Порядку учета прикрепления граждан, застрахованных по
обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям с учётом
реализации прав граждан на выбор медицинской организации при оказании
медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания
населению Нижегородской области бесплатной медицинской помощи

Руководителю медицинской организации

ГБУЗ НО «Детская городская больница №17
Сормовского района г. Н.Новгорода», 603003,
г.Н.Новгород, пр.Союзный, 17

(наименование и фактический адрес медицинской организации)

Калошину Алексею Александровичу

(фамилия, имя, отчество руководителя медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

I. Информация о гражданине

- 1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")
- 1.5. Дата рождения: « ____ » _____ г.
- 1.6. Место рождения _____
- 1.7. Гражданство: _____
- 1.8. Полис ОМС: серия _____ номер _____
- 1.9. Страховая медицинская организация: _____
- 1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (при наличии) _____
- 1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: вид документа: _____
серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____
кем выдан _____
- 1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:
город (село, деревня,...): _____
район: _____
область (край, республика): _____
адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____
- 1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:
город (село, деревня, ...): _____
район: _____
область (край, республика): _____
адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____
- 1.14. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА _____
- 1.15. Контактный телефон: дом. _____ раб. _____
- Адрес электронной почты: _____

II. Сведения о представителе

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужное отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

2.9 Контактный телефон: дом. _____ раб. _____

Адрес электронной почты: _____

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации _____
(наименование МО)

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 Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на текущий год. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен (а) от медицинской организации _____,
(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица _____ «___» _____ 20___ г.
(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) при оказании

медицинской помощи на дому _____
(подпись заявителя)

Подпись руководителя медицинской организации _____
(ФИО)

«___» _____ 20___ г.
(дата)

М.П.