

## **ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации**

*(заполняется лично заявителем или его законным представителем)*

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к областному бюджетному учреждению здравоохранения «Курская городская детская поликлиника» комитета здравоохранения Курской области (ОБУЗ КГДП), расположенному по адресу: 305048, г. Курск, пр-т Энтузиастов, 18, 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 Курской области бесплатной медицинской помощи.

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 Краткое наименование страховой компании, в которой застрахован гражданин \_\_\_\_\_

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

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)**

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1.11 Адрес постоянной регистрации город (село, деревня): район: область (край, республика): улица, дом, корпус, квартира \_\_\_\_\_

1.12 Адрес фактического проживания для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника (заполняется при несовпадении адреса регистрации и места жительства): город (село, деревня): район: улица дом, корпус, квартира \_\_\_\_\_

1.13 Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

1.14 Контактный телефон: (домашний, мобильный) \_\_\_\_\_

1.15 Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

### **II Сведения о представителе \***

(\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан - опекунами)

1.16 Фамилия Имя \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.17 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении *(нужное подчеркнуть)* мать, отец, иное

1.18 Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

1.19 Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_

Дополнительно сообщая: \_\_\_\_\_

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, инвалидности по заболеванию и пр.)

### **III Дополнительные сведения**

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 (законного представителя) \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись врача  
принявшего на медицинский учёт заявителя \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

Подпись руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.