

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
12 лютого 2013 року № 109

Форма

**ЗАЯВА**  
**про заміну інваліду, дитини-інваліду технічних та інших засобів**

\_\_\_\_\_

(Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим,  
структурний підрозділ з питань охорони здоров'я обласних, Київської  
та Севастопольської міських державних адміністрацій)

\_\_\_\_\_

(П.І.Б. інваліда або законного представника інваліда, дитини -інваліда)

\_\_\_\_\_

(група та причина інвалідності, терміном до \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

**фактичне місце проживання, контактний  
телефон:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**дані щодо реєстрації місця проживання:** \_\_\_\_\_

Прощу безоплатно замінити

\_\_\_\_\_

(вказати технічний та інший засіб, який потрібно замінити на інший)

у зв'язку із закінченням строку його експлуатації (потреби у заміні за медичними показаннями) та потреба в якому визначена в індивідуальній програмі реабілітації.

До заяви додаються такі документи:

1. Копія паспорта, або свідоцтва про народження (для осіб віком до 16 років), або довідки із слідчого ізолятора (для осіб, узятих під варту) чи установи виконання покарань (для засуджених).
2. Завірена в установленому порядку копія довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення інвалідності (для дітей-інвалідів – висновку лікувально-консультативної комісії).
3. Завірена в установленому порядку копія індивідуальної програми реабілітації (для інваліда і дитини-інваліда) або висновку лікувально-консультативної комісії щодо забезпечення технічними засобами (для інвалідів, група інвалідності яких встановлена до 01 січня 2007 року, – безстроково або строк дії якої не закінчився).

4. Копія посвідчення про взяття на облік (для бездомних осіб).
5. Копія реєстраційного номера облікової картки платника податків або серії та номера паспорта\*.
6. Копія довідки про реєстрацію місця проживання для дітей-інвалідів (віком до 16 років) та осіб, паспорти яких не містять відомостей про реєстрацію місця проживання (крім бездомних осіб).
7. Я погоджуюсь з використанням та обробкою моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ (підпис інваліда або законного представника)

\*Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті.