Приложение 29

Приложение 29к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2018 год от 29.12.2016

Форма заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи:

«ЗАЯВЛЕНИЕ

(ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЧНО ЗАЯВИТЕЛЕМ)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО застрахованного лица или представителя застрахованного лица (родителя)

Отношение представителя к застрахованному лицу (мать, отец, опекун) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (ребенка) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность представителя застрахованного лица (родителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактная информация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховой медицинский полис ОМС (ребенка): № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование страховой медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления **БЮДЖЕТНОЕ УЧЕЖДЕНИЕ ХМАО-ЮГРЫ «ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА» ФАП с. Нялинское ул. Кедровая, д.1Б**

Прошу прикрепить\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО застрахованного лица (ребенка)

к медицинской организации **БЮДЖЕТНОЕ УЧЕЖДЕНИЕ ХМАО-ЮГРЫ «ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА» ФАП с. Нялинское ул. Кедровая, д.1 Б.**

(наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление)

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторной медицинской помощи

Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год.

|  |  |
| --- | --- |
| Я отказываюсь от обеспечения амбулаторной помощью на дому | (подпись) |

(подписывают застрахованные лица (представители), в случае выбора медицинской организации, не обслуживающей население по его месту жительства)

**Подпись застрахованного лица (представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

(дата)

Фамилия и инициалы руководителя медицинской

организации, принявшей заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись руководителя медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.