

В ГУ — Мурманское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

От _____
(Ф.И.О.)

Прожив _____

Дом тел. _____

Моб. телефон _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу **оплатить обеспечение техническим средством реабилитации**

согласно Программы реабилитации пострадавшего от _____ 201__ г. № _____.

Являюсь инвалидом _____ группы в связи с трудовым увечьем /профессиональным заболеванием / по другим основаниям, указанным в документе об инвалидности _____.

(подчеркнуть или указать)

Не получил/а/ изделие, воспользовавшись правом выбора, бесплатно или на льготных основаниях в соответствии с действующими федеральными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Трудовое увечье /профессиональное заболевание получил /а/ во время работы в _____

(указывается наименование предприятия (организации), на котором получено трудовое увечье /профессиональное заболевание)

В настоящее время не /или/ работаю _____

(указать наименование и нахождение работодателя)

Приложение:

1. _____

2. _____

_____ 201__ г.

Подпись _____