

В ГУ—Мурманское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

прожив \_\_\_\_\_

дом тел. \_\_\_\_\_ моб. телефон \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу **оплатить обеспечение** в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_

*(указывается чем)*

согласно Программы реабилитации пострадавшего от \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_\_\_\_.

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

*(подчеркнуть или указать)*

Не получил/а/ изделие (изделия), 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 \_\_\_\_\_