Руководителю Всероссийского Союза общественных объединений

ветеранов десантных войск «Союз десантников России»

Герою Советского Союза, генерал-полковнику

 В.А. Востротину

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу рассмотреть на заседании комиссии о направлении меня

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(с членами семьи, с сопровождающим) на

 (фамилия и инициалы) (нужное подчеркнуть)

реабилитационное лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сроком на

 \_\_\_ дней с датой предполагаемого заезда с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

|  |
| --- |
| **Сведения о лице, направленном на реабилитационное лечение** |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) |  |
| Дата и год рождения |  |
| Участие в боевых действиях (регион) |  |
| Удостоверение ветерана ВОВ, боевых действий, члена семьи погибшего (указать какое и номер) |  |
| Место работы и должность |  |
| Группа инвалидности (если на коляске, указать) |  |
| Причина инвалидности (из справки МСЭ) |  |
| Инвалидность установлена на срок до (указать дату и номер справки МСЭ (ВТЭК), удостоверения) |  |
| Адрес места жительства и номер телефона (домашнего, мобильного) |  |
| Документ удостоверяющий личность (паспорт) (серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |
| Полис медицинского страхования (серия, номер, дата выдачи и окончания срока действия ) |  |
| **Сведения о заезжающих членах семьи (сопровождающем лице)** |
| Жена (муж) (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, серия, номер, дата выдачи, кем выдан), адрес местожительства по паспорту, номер свид-ва о заключении брака (в случае разных фамилий у мужа и жены) |  |
| Дети: (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении, серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |
| Сопровождающее лицо инвалида 1 группы (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |

Перечень необходимых документов получил. Обязуюсь на заседание комиссии представить все необходимые документы.

«\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 2017 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия, инициалы)

Заявление рассмотрено на заседании реабилитационно-отборочной комиссии. Протокол

№\_\_\_ от «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 2017 г.

Направить (Отказать) в направлении на лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Печать Председатель Реабилитационно-отборочной комиссии ВСООВДВ «СДР»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Востротин В.А.

(подпись)