Управляющему региональным

 отделением Фонда социального

 страхования

 по [*название региона*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Адрес регистрации: [*адрес*]

Телефон:

ОБРАЩЕНИЕ

Я являюсь инвалидом [*группа инвалидности*] с [*дата последнего освидетельствования*]. При последнем освидетельствовании мне была разработана ИПР, куда включили [*наименование технического средства реабилитации*] . Сейчас это ТСР требует замены в связи с тем, что оно пришло в негодность и не подлежит ремонту. В фонде социального страхования, куда я обратился[*лась*] мне отказывают в связи с тем, что не закончился срок его эксплуатации. Но у меня есть заключение медико-технической экспертизы о невозможности осуществления ремонта и необходимости его досрочной замены [*копия заключения в приложении*]

Прошу Вашего содействия в получении рекомендованных мне [*наименования технических средств реабилитации*].

Приложение:

Копия заключения медико-технической экспертизы от [*дата проведения экспертизы*]

Дата: Подпись: