Руководителю Территориального органа федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по [*наименование субъекта РФ*]

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

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача [*фамилия и инициалы врача*]. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею [2, 3, *бессрочную*] группу инвалидности с [*дата последнего освидетельствования*]. В течение последних [*временной промежуток в месяцах*] месяцев состояние моего здоровья значительно ухудшилось, в результате чего возникла необходимость переосвидетельствования в бюро МСЭ с целью усиления группы инвалидности.

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) отказался(лась) направить меня на переосвидетельствование, ссылаясь на то, что [*временной промежуток в месяцах*] назад он(а) уже направлял(а) меня на МСЭ, а количество обращений на переосвидетельствование ограничено.

[*Дата*] я был(а) на приеме у [*должность, фамилия и инициалы представителя администрации поликлиники*], который(ая) отказал(а) в обеспечении меня направлением на МСЭ, ссылаясь то, что количество обращений на МСЭ ограничено. Мне было отказано и в направлении на переосвидетельствование, и в выдаче справки, на основании которой я мог(ла) бы обратиться в бюро самостоятельно в соответствии с п. 19 Правил признания лица инвалидом.

[*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой предоставить мне справку об отказе в направлении. В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] отказал(а) мне (см. Приложение).

Прошу содействовать предоставлению мне справки в соответствии с п. 19 Правил признания лица инвалидом.

Приложение

Копия ответа [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] на обращение от [*дата регистрации обращения*]

Дата: Подпись: