

Директору КНП «_____»
назва вашого медичного закладу
_____(П.І.Б. директора)
Адреса: _____

Копія:
Директору Департаменту охорони здоров'я _____ кої
обласної державної адміністрації*
_____(П.І.Б. директора)
Адреса: _____

Від _____(П.І.Б. одного з батьків)
Адреса: _____
(ваша поштова адреса проживання)
Тел: +38 _____
ел.адреса: _____(за наявності)

З А Я В А

Прошу забезпечити мою дитину _____(П.І.Б.), 20__ року народження, яка має рідкісний діагноз легенева гіпертензія, безоплатним відпуском лікарських засобів: _____(назва ліків), в необхідній на період амбулаторного лікування кількості, в порядку, передбаченому Постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998р. №1303.

(у разі наявності інвалідності дописати: та відповідно до ст.38 Закону України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні).

Відповідно до вказаної Постанови, захворювання моєї дитини відноситься до категорій захворювань, у разі амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно.

Прошу розглянути в пріоритетному порядку, з урахуванням тяжкості захворювання, та надати відповідь у встановлений законодавством термін на поштову і електронну адреси _____@_____ (за наявності).

У разі відмови у безоплатному відпуску прошу негайно передати інформацію про потребу моєї дитини у зазначених ліках до обласного ДООЗ для вжиття заходів щодо її безперебійного та безоплатного забезпечення цими ліками відповідно до Постанови КМУ від 31.03.2015 р. № 160. Також прошу надіслати мені підтвердження у вигляді копії документа, яким було передано цю інформацію.

Додатки :

1. Медичний висновок з призначенням лікуванням рідкісного захворювання: назвою і дозою лікарських засобів – копія.
2. Посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу – копія (за наявності інвалідності).

«__» _____ 202__р. _____ / _____
підпис П.І.Б.

=====

*Довідково: Для м.Києва – Департамент охорони здоров'я КМДА.
В деяких областях замість Департаментів - Управління охорони здоров'я.