**Директору ФГБУ ЦР (для детей с нарушением слуха) МЗ РФ**

**СУХИНИНУ М.В.**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.),***

**паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**выдан \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дд/мм/гггг),***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(наименование организации, выдавшей документ)*

**являющимся/щейся законным представителем ребёнка**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)***

**дата рождения \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дд/мм/гггг)**

**св-во о рождении/паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(адрес регистрации ребёнка)*

**Контактный телефон: 8 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_**

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу принять на рассмотрение врачебной комиссии ФГБУ ЦР (для детей с нарушением слуха) МЗ РФ документы ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)* для *(****нужное подчеркнуть****):*

- прохождения курса медицинской реабилитации

- замены процессора и прохождения курса реабилитации

- посещения дневного стационара.

(***Далее заполняется только заявителем ребёнка с КИ***)Настоящим подтверждаю, что операция была произведена:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **НА ПРАВОЕ УХО:** |  | **НА *ЛЕВОЕ* УХО:** |
| 1 | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(указать мед. учреждение, где была проведена операция КИ)*** | 1 | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(указать мед. учреждение, где была проведена операция КИ)*** |
| 2 | Дата операции \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ***(дд/мм/гггг)*** | 2 | Дата операции \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ***(дд/мм/гггг)*** |
| 3 | Дата первого подключения речевого процессора \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(дд/мм/гггг)*** | 3 | Дата первого подключения речевого процессора \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(дд/мм/гггг)** |
| 4 | Модель речевого процессора ***(нужное подчеркнуть):*****а) Cohlear** **б) Advanced Bionix****в) Neurolec** **г) Medel** (указать желаемый цвет процессора *(нужное подчеркнуть), но производитель цвет не гарантирует):* **-** бежевый - черный | 4 | Модель речевого процессора **(нужное подчеркнуть):****а) Cohlear** **б) Advanced Bionix** **в) Neurolec** **г) Medel** (указать желаемый цвет процессора *(нужное подчеркнуть), но производитель цвет не гарантирует):* **-** бежевый - черный |
| 5 | Промежуточная/ные замена/ы **РП *(нужное подчеркнуть):***а) не проводиласьб) проводилась (*указать дату замены \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_* ***(дд/мм/гггг);*** *дату первого подключения \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_* ***(дд/мм/гггг*)** | 5 | Промежуточная/ные замена/ы РП ***(нужное подчеркнуть):***а) не проводиласьб) проводилась (*указать дату замены \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (дд/мм/гггг); дату первого подключения \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_* ***(дд/мм/гггг*)** |

О том, что замена производится через 5 лет после даты **первого подключения** используемого в настоящее время процессора, а также о наступлении административной ответственности за предоставление недостоверной информации, предупрежден/а.

Дата \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дд/мм/гггг)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись/Ф.И.О.