**ПОРЯДОК ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ   
К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**Принятые сокращения и термины:**

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ТФОМС Красноярского края – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края.

СМО – страховая медицинская организация.

МО – медицинская организация.

ЗЛ – лицо, застрахованное по ОМС на территории Красноярского края.

Информационный ресурс – компонент «Прикрепление» информационной подсистемы ТФОМС Красноярского края «Личный кабинет медицинской организации», предназначенный для учета прикрепления ЗЛ к МО с детализацией до структурного подразделения медицинской организации в разрезе специальностей «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология», их территориальных участков, медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров (для сельской местности), врачей-стоматологов детских, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-акушеров-гинекологов для несовершеннолетних, врачей-акушеров гинекологов.

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь, включающая в себя первичную доврачебную, первичную врачебную, первичную специализированную медико-санитарную помощь.

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

РМР – регистр медицинских работников.

МР – медицинский работник.

УКЭП - усиленная квалифицированная электронная подпись.

ЕПГУ - единый портал государственных и муниципальных услуг.

Способ прикрепления «Условно» - способ прикрепления по месту регистрации (месту жительства или месту пребывания).

1. **Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской федерации», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012   
№ 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации   
от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н   
«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», от 31.07.2020 № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), от 21.12.2012 №1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», от 13.11.2012 № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»,   
Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.2022 № 1998   
«Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», Приказом Министерства здравоохранения Красноярского края   
от 25.01.2021 № 55-орг, от 24.09.2015 № 606-орг «О прикреплении застрахованных», Административным регламентом предоставления услуги «Прикрепление   
к медицинской организации онлайн» посредством единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), утвержденным министерством здравоохранения Красноярского края от 07.02.2023, и определяет на территории Красноярского края порядок прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС.

1.2. Гражданин, застрахованный по ОМС, прикрепляется к МО, оказывающим ПМСП в амбулаторных условиях прикрепленному населению   
(в разрезе специальностей «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология»), любой формы собственности, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, и включенным в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Красноярского края, в соответствии с Федеральным законом   
от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.3. Прикрепление к МО осуществляется ЗЛ не чаще одного раза в год   
(за исключением случаев изменения места жительства ЗЛ, достижения 18-летнего возраста, достижения 15-летнего возраста женским населением в случае прикрепления по профилю «акушерство и гинекология»).

1.4. Прикрепленными являются:

- ЗЛ, реализовавшие право выбора МО в соответствии с действующим законодательством путем подачи заявления (способ прикрепления   
 Информационном ресурсе «Заявление»), в т.ч. посредством ЕПГУ;

- ЗЛ, не реализовавшие право выбора МО путем подачи заявления, прикрепленные к МО на основании их регистрации по месту жительства или месту фактического проживания (ЗЛ, имеющие действующую страховую принадлежность на территории Красноярского края, зарегистрированные по месту жительства за пределами Красноярского края), при этом за ЗЛ сохраняется право выбора МО путем подачи заявления (способ прикрепления в Информационной системе «Условно»).

1.5. Прикрепление ЗЛ к МО, оказывающим ПМСП, осуществляется   
на основании заявления ЗЛ по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО либо путем направления заявления посредством ЕПГУ.

Прикрепление к МО, оказывающим ПМСП, ребенка в возрасте до 18 лет включительно, осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО одним из родителей или законным представителем ребенка либо путем направления заявления посредством ЕПГУ.

Прикрепление к МО, оказывающим ПМСП, лица, признанного в соответствии с законодательством Российской Федерации недееспособным, осуществляется   
на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя МО законным представителем указанного лица либо путем направления заявления посредством ЕПГУ.

1.6. Застрахованные лица в возрасте до 18 лет принимаются   
на обслуживание в МО, выбранную в соответствии с правом выбора МО,   
по специальностям «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология» (женское население   
до 15 лет).

ЗЛ старше 18 лет имеют право выбора МО, оказывающих ПМСП   
по специальностям «терапия», «общая врачебная практика», «стоматология», «акушерство и гинекология» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по данным профилям.

МО по заявлению ЗЛ беспрепятственно прикрепляет ЗЛ.

1.7. Распределение ЗЛ, прикрепившихся к МО, по врачебным участкам (терапевтическим, педиатрическим, фельдшерским, общей врачебной практики, стоматологическим, акушерско-гинекологическим) осуществляется руководителем МО.

1.8. Организация закрепления за МО, оказывающих ПМСП   
по специальностям «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология», территории обслуживания (адресов обслуживания) определяется министерством здравоохранения Красноярского края.

1.9. Организация оказания ПМСП осуществляется по территориально-участковому принципу. В районах сельской местности, где ПМСП на местах выполняют МР ФАП, МО, расположенные на территории муниципального образования, выполняют распределение фельдшерских участков по участковым врачам.

1.10. В случае если ЗЛ не реализовало право выбора МО, прикрепление осуществляется на основании его адреса регистрации или места фактического проживания (ЗЛ, имеющие действующую страховую принадлежность на территории Красноярского края, зарегистрированные по месту жительства за пределами Красноярского края) в соответствии с территориями обслуживания МО, оказывающих ПМСП по специальностям «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская» «акушерство   
и гинекология», определенных министерством здравоохранения Красноярского края.

1.11. На территории Красноярского края учет прикрепления ЗЛ к МО, оказывающих ПМСП, в разрезе специальностей«терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство   
и гинекология», осуществляется с использованием компонента «Прикрепление» информационной подсистемы ТФОМС Красноярского края «Личный кабинет медицинской организации».

1.12. Обмен данными между СМО, МО, ТФОМС Красноярского края в целях ведения учета сведений о прикреплении застрахованных лиц, ежедневно осуществляется в электронном виде по защищенным каналам связи   
с использованием средств криптографической защиты информации каналам связи (ViPNet). Целостность и авторство передаваемых данных обеспечивается применением УКЭП в соответствии законодательством Российской Федерации.

1.13. ТФОМС Красноярского края ежемесячно осуществляет оценку деятельности МО в части персонифицированного учета сведений о МО и МР, выбранных ЗЛ в соответствии с приложением 4.

1.14. В случае реорганизации МО или подразделений МО министерство здравоохранения уведомляет ТФОМС Красноярского края не менее чем за 3 рабочих дня о предстоящих изменениях, а МО не позднее двух рабочих дней со дня наступления указанных изменений направляет в ТФОМС Красноярского края уведомление об изменении сведений о МО в соответствии с порядком, установленном Правилами ОМС, а также вносит изменения в Государственную информационную систему обязательного медицинского страхования.

1. **Порядок работы медицинской организации при прикреплении гражданина**
   1. При обращении ЗЛ (его представителя) с заявлением о выборе МО, в т.ч. направленном посредством ЕПГУ, оказывающей ПМСП, МО на информационном ресурсе проверяет дату его последнего прикрепления, способ прикрепления, тип прикрепления и МО прикрепления, о результатах информирует ЗЛ (его представителя).
   2. Информация, представленная в заявлении, сверяется уполномоченным лицом МО с данными оригиналов документов ЗЛ или их нотариально заверенными копиями (приложение 1) при непосредственном обращении ЗЛ в МО. Исправления   
      в заявлении недопустимы.
   3. МО на основании заявления и документов ЗЛ с использованием информационного ресурса создает и сохраняет электронную копию заявления.   
      МО обеспечивает ведение электронной базы данных прикрепленного населения   
      с использованием информационного ресурса.
   4. Заявления регистрируются уполномоченным лицом МО в журнале регистрации заявлений о выборе МО (приложение 3), результат рассмотрения заявлений, поступивших посредством ЕПГУ, отражается в медицинской информационной системе.
   5. Заявления о выборе МО в сканированном виде прикладываются   
      в электронную копию заявления на информационном ресурсе.
   6. В случае принятия заявления о выборе МО от ЗЛ, выбравшего   
      МО по любому профилю («терапия», «педиатрия», «стоматология», «акушерство   
      и гинекология») за пределами территории субъекта Российской Федерации,   
      в котором проживает, МО, принявшая заявление, направляет в МО по аналогичным профилям, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании   
      на момент подачи заявления, в СМО и территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи в соответствии с данными полиса обязательного медицинского страхования уведомление   
      о принятии гражданина на медицинское обслуживание.
2. **Порядок работы медицинской организации при откреплении гражданина**
   1. На основании сведений на информационном ресурсе об исключении   
      ЗЛ из РС ЕРЗ в связи с его смертью или прохождением военной службы,   
      МО, оказывающие ПМСП, в течение 3 рабочих дней снимают гражданина   
      с медицинского обслуживания.
   2. МО, оказывающая ПМСП детскому и взрослому населению   
      по специальностям «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», ежедневно снимает с обслуживания   
      на педиатрическом, стоматологическом участке ЗЛ, достигших 18-летнего возраста (акушерско-гинекологическом участке - женское население, достигшее 15-летнего возраста) и прикрепляет на взрослый участок. В случае если ЗЛ, достигшее   
      18-летнего возраста, снимается с обслуживания МО, оказывающей ПМСП детскому населению по любой специальности, ЗЛ прикрепляется к участку   
      МО, оказывающей ПМСП взрослому населению по аналогичной специальности,   
      по территориально-участковому принципу.
   3. На основании сведений, полученных от СМО, об изменении адреса регистрации, либо адреса фактического проживания (ЗЛ, имеющие действующую страховую принадлежность на территории Красноярского края, зарегистрированные по месту жительства за пределами Красноярского края), прикрепленные условно   
      ЗЛ прикрепляются к МО, оказывающим ПМСП в разрезе специальностей «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология», в соответствии с территориями обслуживания МО.
   4. На основании уведомления о принятии гражданина на медицинское обслуживание, полученного от МО, выбранной гражданином за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин,   
      МО, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании, в течение 3 рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания по профилям «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология» и направляет заверенную   
      МО копию медицинской документации в МО, принявшую заявление.
   5. Уведомления о принятии гражданина на медицинское обслуживание, полученные от МО, оказывающих по специальностям «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология», выбранной гражданином за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, необходимо направлять в адрес ТФОМС Красноярского края по каналам связи защищенной сети ViPNet на абонентский пункт «ТФОМС Красноярского края – Документооборот – Бобрик М.В.», «ТФОМС – Мараева И.В.».
3. **Порядок работы медицинской организации при организации участков**
   1. Ведение участков в МО, оказывающих ПМСП по специальностям «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология» производится с помощью информационного ресурса. Организацию распределения адресов по участкам выполняет МО.
   2. При формировании нового участка МО определяет структурное подразделение МО в соответствии со структурой, утвержденной в Государственной информационной системе обязательного медицинского страхования.
   3. При формировании нового участка назначение врача в РМР, обслуживающего данный участок, а также внесение изменений в информационном ресурсе в части участков осуществляется в день создания такого участка.
   4. В случае закрытия участка МО перемещает адреса, относящиеся   
      к закрываемому участку, и прикрепленных к участку ЗЛ на новый участок. Если МР прекратил работу в МО, ЗЛ должны быть перемещены на другой участок (переданы другому МР) и уведомлены об изменениях при обращении в МО.
   5. При получении информации от СМО или ТФОМС Красноярского края   
      в устной или письменной форме о том, что адрес, относящийся к территории обслуживания МО, не распределен по участкам, а также, о том, что у МО имеются неприкрепленные к участку ЗЛ, прикрепленные к МО по заявлению, МО до конца рабочего дня через информационный ресурс добавляет адрес на участок   
      и распределяет ЗЛ по участкам.
   6. МО ежедневно контролирует количество неприкрепленных   
      ЗЛ посредством информационного ресурса, оперативно вносит адреса на участок   
      и распределяет прикрепленных по заявлению ЗЛ по участкам.
   7. В случае кадровых изменений МО в течение 1 (одного) рабочего дня вносит изменения в РМР.
4. **Порядок работы медицинской организации по подписанию сведений по прикреплению УКЭП**
   1. МО, оказывающие ПМСП, ежедневно подписывает УКЭП пакеты   
      с изменениями сведений по прикреплению, сформированные за предыдущие сутки. Пакет в информационной системе формируется в 6:00 со сведениями   
      за предыдущий день. Пакет считается подписанным в регламентные сроки, если   
      он подписан не позднее 6:00 дня следующего за днем его формирования. Пакеты   
      с изменениями за субботу, сформированные, в воскресенье не учитываются   
      в контроле сроков подписания в регламентные сроки.
   2. МО, оказывающие ПМСП, обеспечивает ежедневный контроль подписания и передачи информации об изменениях в прикреплении   
      в ТФОМС Красноярского края и в СМО.
5. **Порядок работы страховой медицинской организации**
   1. При обращении гражданина для получения полиса ОМС СМО посредством своего программного обеспечения определяет МО прикрепления гражданина в разрезе специальностей «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология» по территориально-участковому принципу и информирует гражданина о МО,   
      в территорию обслуживания которой входит его адрес регистрации. В случае если гражданин имеет адрес регистрации за пределами Красноярского края, СМО определяет МО прикрепления гражданина по адресу фактического проживания   
      и информирует гражданина о МО, в территорию обслуживания которой входит адрес его фактического проживания.
   2. СМО информирует ЗЛ о праве выбора МО для получения ПМСП   
      в разрезе специальностей «терапия», «педиатрия», «общая врачебная практика», «стоматология», «стоматология детская», «акушерство и гинекология».
   3. Если по адресу регистрации или по фактическому адресу проживания (ЗЛ, имеющие действующую страховую принадлежность на территории Красноярского края, зарегистрированные по месту жительства за пределами Красноярского края) не удается определить МО прикрепления, СМО, с согласия ЗЛ, снимает копии с документов, подтверждающих адрес регистрации по месту жительства, и в течение 1 рабочего дня передает лицу, ответственному за ведение справочника адресов в ТФОМС Красноярского края.
   4. Если по адресу регистрации или по фактическому адресу проживания (ЗЛ, имеющие действующую страховую принадлежность на территории Красноярского края, зарегистрированные по месту жительства за пределами Красноярского края) не удается определить участок прикрепления, СМО информирует МО в течение 1 рабочего дня об адресе,   
      не внесенном на участок.
   5. СМО ежедневно контролирует количество неприкрепленных ЗЛ   
      и взаимодействует с МО по вопросу необходимости внесения адресов на участок,   
      а также по вопросу перемещения ЗЛ, прикрепленных к МО по заявлению с целью предотвращения неприкрепления ЗЛ.
   6. СМО ежедневно работает над актуализацией данных ЗЛ, неприкрепленных к МО, с целью обеспечения прикрепления всех ЗЛ к МО.
   7. СМО ежедневно контролирует наличие врачей на участках, курируемых МО посредством информационного ресурса. В случае отсутствия врача на участке, СМО взаимодействует с МО по вопросу назначения врача на участок или перераспределения прикрепленного населения на другие участки.
   8. СМО ежедневно контролирует и взаимодействует с курируемыми   
      МО по вопросу обеспечения прикрепления застрахованного населения к врачам   
      с нагрузкой, не превышающей рекомендуемую численность прикрепленного населения.
   9. СМО ежедневно контролирует подписание МО УКЭП сведений   
      по прикреплению.

Приложение 1 к Порядку прикрепления

**Перечень документов, предъявляемых гражданином (его представителем) при подаче заявления о выборе МО**

1) Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

- свидетельство о рождении;

- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

- полис обязательного медицинского страхования ребенка.

2) Для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

- паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;

- полис обязательного медицинского страхования.

3) Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии   
с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=F0EA9F20BDF235C5474F3D69563358506131B0B7B86004C889495D8D0FKAQ0E) "О беженцах":

- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства   
о признании беженцем по существу;

- копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;

- свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

- полис обязательного медицинского страхования.

4) Для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- вид на жительство;

- полис обязательного медицинского страхования.

5) Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- вид на жительство;

- полис обязательного медицинского страхования.

6) Для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- разрешение на временное проживание в Российской Федерации;

- полис обязательного медицинского страхования.

7) Для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- разрешение на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- полис обязательного медицинского страхования.

8) Для представителя гражданина, в том числе законного:

- документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;

9) В случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

10) Для трудящихся иностранных граждан государств - членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации:

- паспорт иностранного гражданина;

- трудовой договор;

- уведомление о прибытии.

11) Для членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС:

- паспорт иностранного гражданина;

- документ, подтверждающий отнесение лица к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностное лицо департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудник органа ЕАЭС.

Приложение 2 к Порядку прикрепления

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фактический адрес медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (или застрахованное лицо), законным представителем которого   
я являюсь) к медицинской организации **(тип прикрепления «терапевтический», «педиатрический» (для детей))** в связи

\_\_\_\_\_\_ первичным выбором медицинской организации;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства.

**Сведения о застрахованном лице:**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Отчество *(при наличии)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Являюсь / является *(нужное выделить знаком «V»):*

*\_\_\_\_\_\_* гражданином Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии   
с Федеральным законом «О беженцах»;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_трудящимся иностранным гражданином государства - члена ЕАЭС, временно пребывающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ членом коллегии Евразийской экономической комиссии, должностным лицом департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудником органа ЕАЭС;

1. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Документы:

- Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации *(для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом   
«О беженцах»\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Вид на жительство *(для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации, и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации))* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Разрешение на временное проживание в Российской Федерации *(для иностранных граждан,*

*временно проживающих в Российской Федерации, и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации )*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Трудовой договор *(для трудящихся иностранных граждан государств – членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- Уведомление о прибытии *(для трудящихся иностранных граждан государств – членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- документ, подтверждающий отнесение лица к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС *(для членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место жительства *(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)*  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Адрес регистрации: *(совпадает с адресом места жительства,*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Полис обязательного медицинского страхования *(серия, номер)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о представителе застрахованного лица** *(заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица)***:**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Отчество *(при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
4. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное *(нужное подчеркнуть)*
6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство *(нужное подчеркнуть)* или другое *(указать)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Контактная информация *(застрахованного лица, представителя застрахованного лица):*

Телефон, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительно сообщаю:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю МО согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе МО контактным номерам телефонов, по электронной почте.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю ТФОМС Красноярского края согласие на обработку моих персональных данных, в том числе, указанных в заявлении о выборе МО контактных номеров телефонов, электронной почты.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фактический адрес медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (или застрахованное лицо), законным представителем которого   
я являюсь) к медицинской организации **(тип прикрепления «стоматологический»)**  в связи

\_\_\_\_\_\_ первичным выбором медицинской организации;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства.

**Сведения о застрахованном лице:**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Отчество *(при наличии)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Являюсь / является *(нужное выделить знаком «V»):*

*\_\_\_\_\_\_* гражданином Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии   
с Федеральным законом «О беженцах»;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_трудящимся иностранным гражданином государства - члена ЕАЭС, временно пребывающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ членом коллегии Евразийской экономической комиссии, должностным лицом департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудником органа ЕАЭС;

1. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Документы:

- Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации *(для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом   
«О беженцах»\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Вид на жительство *(для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации, и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации))* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Разрешение на временное проживание в Российской Федерации *(для иностранных граждан,*

*временно проживающих в Российской Федерации, и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации )*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Трудовой договор *(для трудящихся иностранных граждан государств – членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- Уведомление о прибытии *(для трудящихся иностранных граждан государств – членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- документ, подтверждающий отнесение лица к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС *(для членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место жительства *(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)*  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Адрес регистрации: *(совпадает с адресом места жительства,*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Полис обязательного медицинского страхования *(серия, номер)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о представителе застрахованного лица** *(заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица)***:**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Отчество *(при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
4. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное *(нужное подчеркнуть)*
6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство *(нужное подчеркнуть)* или другое *(указать)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Контактная информация *(застрахованного лица, представителя застрахованного лица):*

Телефон, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительно сообщаю:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю МО согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе МО контактным номерам телефонов, по электронной почте.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю ТФОМС Красноярского края согласие на обработку моих персональных данных, в том числе, указанных в заявлении о выборе МО контактных номеров телефонов, электронной почты.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фактический адрес медицинской организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (или застрахованное лицо), законным представителем которого   
я являюсь) к медицинской организации **(тип прикрепления «акушерско-гинекологический»)** в связи

\_\_\_\_\_\_ первичным выбором медицинской организации;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства.

**Сведения о застрахованном лице:**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Отчество *(при наличии)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Являюсь / является *(нужное выделить знаком «V»):*

*\_\_\_\_\_\_* гражданином Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии   
с Федеральным законом «О беженцах»;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_трудящимся иностранным гражданином государства - члена ЕАЭС, временно пребывающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ членом коллегии Евразийской экономической комиссии, должностным лицом департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудником органа ЕАЭС;

1. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Документы:

- Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации *(для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом   
«О беженцах»\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Вид на жительство *(для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации, и лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации))* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Разрешение на временное проживание в Российской Федерации *(для иностранных граждан,*

*временно проживающих в Российской Федерации, и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации )*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Трудовой договор *(для трудящихся иностранных граждан государств – членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- Уведомление о прибытии *(для трудящихся иностранных граждан государств – членов ЕАЭС, временно пребывающих в Российской Федерации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- документ, подтверждающий отнесение лица к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС *(для членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц департамента Евразийской экономической комиссии, сотрудников органа ЕАЭС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Место жительства *(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)*  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Адрес регистрации: *(совпадает с адресом места жительства,*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Полис обязательного медицинского страхования *(серия, номер)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о представителе застрахованного лица** *(заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица)***:**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Отчество *(при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
4. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное *(нужное подчеркнуть)*
6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство *(нужное подчеркнуть)* или другое *(указать)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1. Контактная информация *(застрахованного лица, представителя застрахованного лица):*

Телефон, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительно сообщаю:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю МО согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе МО контактным номерам телефонов, по электронной почте.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю ТФОМС Красноярского края согласие на обработку моих персональных данных, в том числе, указанных в заявлении о выборе МО контактных номеров телефонов, электронной почты.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Приложение 3 к Порядку прикрепления

**Журнал регистрации заявлений застрахованных лиц о выборе медицинской организации**

| № п/п | Дата подачи заявления о выборе МО | ФИО застрахованного лица | Дата рождения | ФИО законного представителя | Наименование МО по прежнему месту прикрепления/обслуживания | Дата прикрепления к выбранной МО | Дата отказа в прикреплении к выбранной МО | Причина отказа в прикреплении к МО | Подпись уполномоченного лица от МО | Подпись застрахованного лица или его законного представителя |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 4 к Порядку прикрепления

**Оценка деятельности медицинских организаций в части прикрепления**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | МО | Результат | Показатель своевременной передачи информации об изменениях в прикрепленном населении | | Показатель доли застрахованного населения, прикрепленного к структурным подразделениям МО | | Показатель доли застрахованного населения, находящегося на участках, имеющих медицинского работника | | Показатель доли застрахованного населения, прикрепленного к медицинским работникам с нагрузкой, не превышающей норму | |
|  |  |  | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
|  |  |  | Кол-во пакетов (всего/не подписано/подписано) | %   показателя | Кол-во ЗЛ (прикреплено/нарушение/без нарушений) | %   показателя | Кол-во ЗЛ (прикреплено/нарушение/без нарушений) | %   показателя | Кол-во ЗЛ (прикреплено/нарушение/без нарушений) | %   показателя |
| 1 | МО 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 | МО 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |