

Міністерство охорони здоров'я України

Адреса: _____

Копія:

(назва органу, який відмовив)

Адреса: _____

Від _____ (ваші П.І.Б.)

Адреса: _____

(ваша поштова адреса проживання)

Тел: +38 _____

ел.адреса: _____ (за наявності)

З А Я В А

Прошу надати роз'яснення щодо застосування норм чинного законодавства, на які посилається [назва органу] у своєму листі від __.__.202_ р. №__, відмовляючи мені (моїй дитині _____ П.І.Б.дитини) як особі з рідкісним захворюванням _____ (назва діагнозу) у безоплатному забезпеченні необхідними лікарськими засобами (або лікувальним харчуванням): _____ (назва ліків або харчування).

Враховуючи позицію, викладену у вищевказаному листі, прошу також надати роз'яснення, яким чином у цій ситуації може бути забезпечене моє право (право моєї дитини) на безперебійне і безоплатне забезпечення лікарськими засобами (або лікувальним харчуванням) відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 160.

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

Додатки *:

1. Лист-звернення на [назва органу, до якого ви звертались за забезпеченням ліками/харчуванням] від __.__.202_ р. - копія.
2. Лист-відповідь [назва органу, який відмовив у забезпеченні ліками/харчуванням] від __.__.202_ р. №__ - копія
3. Медичний висновок з призначеними ліками (та/або харчуванням) – копія.

«__» _____ 202_ р.

_____ / _____
підпис

_____ / _____
П.І.Б.

=====
* До заяви треба додати копії вашого листування з місцевими/обласними органами щодо забезпечення ліками/лікувальним харчуванням.