

Голові [назва обласної державної адміністрації]*

_____ (П.І.Б. голови)

Адреса: _____

Від _____ (ваши П.І.Б.)

Адреса: _____

(ваша поштова адреса проживання)

Тел: +38 _____

ел.адреса: _____ (за наявності)

З А Я В А

Я (моя дитина),] _____ (П.І.Б.), маю рідкісний діагноз _____ (назва діагнозу), прошу забезпечити мене (мою дитину) лікарськими засобами (та/або лікувальним харчуванням): _____ (назва ліків та/або лікувального харчування) відповідно до медичних показань та в порядку, передбаченому Постановою Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. №160.

У зв'язку з тим, що заклад охорони здоров'я [назва закладу] не забезпечує мене (мою дитину) лікарськими засобами (та/або лікувальним харчуванням), прошу здійснити у найкоротші терміни розгляд моєї потреби (потреби моєї дитини) комісією, що має бути утворена держадміністрацією, та поінформувати мене про прийняте рішення комісії відповідно до п.3 і п.4 вказаної Постанови.

Згідно з Конституцією України, голови місцевих державних адміністрацій при здійсненні своїх повноважень відповідальні перед Кабінетом Міністрів України, постанови якого є обов'язковими до виконання.

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

Додатки :

- 1) Медичний висновок з призначеним лікуванням рідкісного захворювання, назвою і дозою лікарських засобів (та/або лікувального харчування) – копія.
- 2) Лист [назва закладу охорони здоров'я, який письмово відмовив вам у забезпеченні ліками/харчуванням] – копія.

«__» _____ 202_р.

_____ / _____

підпис

П.І.Б.

=====

*Довідково: для м.Києва – Київська міська державна адміністрація