|  |  |
| --- | --- |
|  | **Центральна МСЕК №\*\*** |
|  |  |
|  | **ДЗ "Центральна медико-соціальна експертна комісія Мiнiстерства охорони здоров'я України"** |
|  | 04035, м. Київ, вул. Ю.Коцюбинського, 9 |

**ЗАЯВА**

Я, \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* (ПІБ), рік народження, інвалід \*\*\*\*\* групи з діагнозом \*\*\*\*\*\*\*\*\*.

Відповідно до висновку \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* МСЕК від \*\*\*\*\*\* мені була встановлена інвалідність \*\* групи із зазначенням строку повторного огляду через \*\*\*\*\*.

Зазначаю, що хвороба \*\*\*\*\*\*\*\*\* є рідкісним (орфанним) захворюванням відповідно до Переліку рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації та для яких існують визнані методи лікування, затверджених Наказом МОЗ від 27.10.2014 №778.

Згідно Постанови КМУ №10 від 21.01.2015 року «Про затвердження переліку анатомічних дефектів, інших необоротних порушень функцій органів і систем організму, станів та захворювань, за яких відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду» **хворим на рідкісні (орфанні) генетичні захворювання відповідна група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду**.

Крім того, відповідно до абзацу 2 підпункту 5 «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, встановлено, що «у разі подання письмової заяви особою, що звертається для встановлення інвалідності (її законним представником), у якої наявні захворювання, дефекти, необоротні морфологічні стани, порушення функцій органів та систем організму, за яких група інвалідності встановлюється БЕЗСТРОКОВО, перелік яких затверджується МОЗ, комісія може приймати рішення про встановлення інвалідності ЗАОЧНО на підставі направлення лікарсько-консультативної комісії.»

Посилаючись на вищевикладене та на виконання абзацу другого частини першої статті 531 [Основ законодавства України про охорону здоров’я](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12) та з метою дотримання прав, надання медичної допомоги та підвищення соціального захисту громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, економії державних ресурсів:

**ПРОШУ:**

1. Заочно прийняти рішення про встановлення мені \*\*\* групи інвалідності без зазначення строку повторного огляду.

З повагою,

ПІБ

(дата)

Додаток:

1. Направлення лікарсько-консультативної комісії