Додаток 1
до Порядку

|  |
| --- |
| Міністерство охорони здоров’ягр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серія та/або номер паспорта)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(унікальний номер запису в Єдиному державномудемографічному реєстрі (за наявності)Адреса місця проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВА

Прошу призначити та виплатити мені державну компенсацію шкоди як особі, якій встановлено \_\_\_\_\_\_ групу інвалідності, отриману внаслідок ускладнень, що виникли внаслідок використання лікарських засобів або вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2.

Виплату державної компенсації шкоди прошу надсилати на поточний рахунок у банку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(повне найменування та реквізити банку)

Повідомляю, що я не отримував (не отримувала) виплати на компенсацію шкоди, пов’язаної з ускладненнями, що виникли після використання лікарських засобів або вакцинації, вакцинами або іншими медичними імунобіологічними препаратами для специфічної профілактики від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, за процедурою Всесвітньої організації охорони здоров’я в рамках глобальної ініціативи “COVAX”.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

До заяви додаються такі документи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назва документа | Кількість сторінок | Дата | Підпис |
| 1. | Довідка медико-соціальної експертної комісії про групу інвалідності за формою, встановленою МОЗ, або копія такої довідки, засвідчена в установленому порядку | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. | Примірник протоколу розслідування, що надається групою оперативного реагування, або копія протоколу, засвідчена в установленому порядку | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. | Копія рішення суду про встановлення відповідного факту (в разі його прийняття) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. | Довіреність на уповноваженого представника (у разі потреби) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис заявника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) заявника) |

Заява разом з документами на \_\_\_\_\_ аркушах перевірена, прийнята
\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. та зареєстрована в журналі обліку заяв під №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис працівника, який прийняв документи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(посада працівника, який прийняв документи, прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) |