Департамент здравоохранения …. области

Ф.И.О. заявителя,

проживающей по адресу:

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Мой сын Иванов Иван Иванович, *дата рождения*, является ребенком-инвалидом. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации моего сына, составленная *название бюро МСЭ и дата составления*, определяет, что сыну необходима медицинская реабилитация. Департаментом здравоохранения разработан перечень мероприятий медицинской реабилитации и их исполнителей. Исполнителем по проведению логопедической помощи указана поликлиника *(полное наименование поликлиники)*.

Я *дата* обратилась в поликлинику *(полное наименование поликлиники)*, предъявив ИПРА и перечень реабилитационных мероприятий и их исполнителей, разработанный Департаментом здравоохранения, в целях проведения занятий логопеда с моим сыном. Однако в поликлинике мне отказали, мотивировав отказ *указать причины отказа.*

В соответствии со статьей 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Прошу обеспечить исполнение индивидуальной программы реабилитации или абилитации моего сына в части предоставления логопедической помощи.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ г.

*Подпись Расшифровка подписи*

Приложение:

1. копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида Иванова И.И.;
2. копия перечня реабилитационных мероприятий и их исполнителей, разработанного Департаментом здравоохранения;
3. копия отказа поликлиники в логопедической помощи (если имеется).