Додаток 7

до Методичних рекомендацій

**Орієнтовна форма заяви**

**про зарахування до надавача послуги раннього втручання**

Прошу зарахувати для отримання послуги раннього втручання\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(вказати повністю прізвище, ім’я, по батькові, повну дату народження дитини та місце її проживання)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю згоду на використання моїх і моєї дитини персональних даних для ведення статистичної звітності.

До заяви додаю:

направлення медичного закладу до надавача послуги раннього втручання (за наявності);

карту першої зустрічі із сім’єю дитини;

результати скринінгу дитини (за наявності);

копії документа, що посвідчує особу законного представника дитини (за наявності);

копії свідоцтва про народження дитини (за потреби);

копії рішення органу опіки та піклування про встановлення опіки (піклування) над дитиною (за наявності);

копії медичного висновку про встановлення інвалідності дитині (для дітей з інвалідністю);

копії індивідуальної програми реабілітації дитини (для дітей з інвалідністю);

копії виписки [із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого](https://zakon.rada.gov.ua/laws/file/text/8/f379841n23.doc)  
[форми № 027/о](https://zakon.rada.gov.ua/laws/file/text/8/f379841n23.doc), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14.02.2012  № 110 „Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров’я незалежно від форми власності та підпорядкування”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974 (зі змінами) (за наявності).

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(підпис заявника / законного представника дитини)* |

Заява про зарахування до надавача послуги раннього втручання отримана

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

*(вказати прізвище, ім’я, по батькові заявника*)

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

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

(*посада уповноваженої особи) (підпис уповноваженої особи)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Генеральний директор Директорату**  **розвитку соціальних послуг та захисту**  **прав дітей** |  | **Руслан КОЛБАСА** |