

Приложение 1  
к Временному Порядку учета прикрепления граждан,  
застрахованных по обязательному медицинскому  
страхованию, к медицинским организациям с учётом  
реализации прав граждан на выбор медицинской  
организации при оказании медицинской помощи в  
рамках Программы государственных гарантий оказания  
населению Нижегородской области бесплатной  
медицинской помощи

Руководителю медицинской организации

ГБУЗ НО «ГКБ №34»

(наименование и фактический адрес медицинской организации)

Эделева А.Н.

(фамилия, имя, отчество  
руководителя медицинской организации)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

#### I. Информация о гражданине

1.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж.  Жен.  (нужное отметить знаком «V»)

1.5. Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

1.6. Место рождения \_\_\_\_\_

1.7. Гражданство: \_\_\_\_\_

1.8. Полис ОМС: № \_\_\_\_\_

1.9. Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_

1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: вид документа: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:

город (село, деревня...): \_\_\_\_\_

район: \_\_\_\_\_

область (край, республика): \_\_\_\_\_

адрес (улица, дом, корпус, квартира): \_\_\_\_\_

1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:

город (село, деревня...): \_\_\_\_\_

район: \_\_\_\_\_

область (край, республика): \_\_\_\_\_

адрес (улица, дом, корпус, квартира): \_\_\_\_\_

1.14. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА: \_\_\_\_\_

1.15. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

## II. Сведения о представителе

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать  отец  иное  (нужное отметить знаком «V»)

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_

2.7. Серия \_\_\_\_\_ 2.8. Номер \_\_\_\_\_

2.9. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.10. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации \_\_\_\_\_ ГБУЗ НО «ГКБ №34»  
(наименование МО)

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на текущий год.  
Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен(а) от медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому \_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Подпись руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

М.П.