

Бланк организации,  
подведомственной  
Департаменту труда и  
социальной защиты населения  
города Москвы

**Направление  
на получение либо изготовление технических средств реабилитации,  
протезов, протезно-ортопедических изделий**

№ \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. инвалида, ветерана)

Страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида, ветерана (СНИЛС)

Наименование документа, удостоверяющего личность инвалида, ветерана

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

выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Направляется в \_\_\_\_\_

(наименование организации, в которую направляется инвалид, ветеран (далее – Организация))

расположенной по адресу \_\_\_\_\_,

для получения, изготовления (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(наименование технического средства реабилитации, протеза, протезно-ортопедического изделия)

Направление выдано на основании заявления инвалида, ветерана

№ \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Основание (указываются реквизиты документа, на основании которого инвалиду, ветерану выдано направление):

индивидуальная программа реабилитации № \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

заключение врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, № \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Направление действительно<sup>1</sup> до “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(должность ответственного лица  
организации, подведомственной  
Департаменту труда и социальной  
защиты населения города Москвы)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Примечание. В случае поступления настоящего направления в Организацию после выполнения обязательств по государственному контракту (договору), заключенному Департаментом труда и

<sup>1</sup> Указывается в пределах срока действия государственного контракта (договора), заключенного Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы с Организацией.

социальной защиты населения города Москвы с Организацией, в полном объеме Организация в обязательном порядке должна уведомить об этом Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы и направить гражданина, предъявившего настоящее направление, в организацию, подведомственную Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы, выдавшую направление, для решения вопроса обеспечения техническими средствами реабилитации, протезами, протезно-ортопедическими изделиями.

**Отрывной талон к направлению № \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.<sup>2</sup>**

выданному \_\_\_\_\_

(наименование организации, подведомственной Департаменту труда и социальной защиты населения г. Москвы)

Ф.И.О. инвалида, ветерана \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета инвалида, ветерана (СНИЛС)

М.П. организации, подведомственной  
Департаменту труда и социальной защиты  
населения города Москвы

Направление принято Организацией

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(должность ответственного лица Организации,  
принявшей направление)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Направление сдано инвалидом, ветераном  
(лицом, представляющим его интересы)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись инвалида, ветерана (лица, представляющего  
его интересы))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, на основании которого

лицо представляет интересы инвалида, ветерана)

М.П. Организации

<sup>2</sup> Подлежит возврату Организацией в организацию, подведомственную Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы, выдавший направление, вместе с документами для оплаты, предусмотренными государственным контрактом (договором), заключенным Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы с Организацией.