

## **УВАЖАЕМЫЕ ЗАСТРАХОВАННЫЕ!**

Информируем, что в 2024 году для получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях по профилю «акушерство и гинекология» (в женских консультациях) вы должны быть прикреплены к медицинской организации, участвующей в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования по указанному профилю.

Обращаем внимание: прикрепиться можно только к одной медицинской организации. Для этого необходимо заранее выбрать соответствующую медицинскую организацию (женскую консультацию) и заполнить заявление, образец которого размещен на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области в разделе «Застрахованным лицам», а также в регистратуре женской консультации. Заполненное заявление необходимо подать в регистратуру медицинской организации (женскую консультацию). Перечень медицинских организаций, в которые можно обратиться с заявлением, размещен на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области в разделе «Застрахованным лицам».

Право на выбор медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, реализуется не чаще, чем один раз в календарный год (либо чаще: при смене места жительства и в ряде других частных случаев).

В случае возникновения вопросов Вы всегда можете обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую Вам полис обязательного медицинского страхования, а также в отдел защиты прав застрахованных ТФОМС Нижегородской области по тел.: 8-800-333-71-93.

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 \_\_\_\_\_  
(наименование МО)

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на текущий год.

Наименование 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 получала медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», и сведениями о территориях обслуживания.

\_\_\_\_\_  
(подпись  
заявителя)

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

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

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(наименование и фактический адрес  
медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(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: жен.  |  (нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

1.6. Место рождения \_\_\_\_\_

1.7. Гражданство: \_\_\_\_\_

1.8. Полис ОМС: N \_\_\_\_\_

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

1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счета (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