###### Приложение № 1

###### УТВЕРЖДЕНО

###### Приказом

КГБУЗ «Норильская МДБ»

№396 от 06.10.2017г.

**Порядок прикрепления застрахованных лиц к КГБУЗ "Норильская МДБ"**

1. **Общие положения**
   1. Прикрепление застрахованных лиц осуществляется в программном комплексе «Учет регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях».
   2. Прикрепление ребенка в возрасте до 18 лет включительно осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя главного врача КГБУЗ "Норильская МДБ" законным представителем ребенка.

При отсутствии в заявлении о выборе медицинской организации сведений о выборе врача либо, отсутствии такого заявления застрахованное лицо прикрепляется к врачу КГБУЗ "Норильская МДБ" без учета мнения законного представителя.

* 1. Прикрепление к медицинской организации осуществляется застрахованным лицом не чаще одного раза в календарный год, за исключением случаев изменения адреса регистрации или фактического места жительства застрахованного лица.

1. **Порядок работы при прикреплении гражданина**
   1. При обращении законного представителя ребенка с заявлением о выборе медицинской организации, медицинский регистратор регистратуры на информационном ресурсе, проверяет дату его последнего прикрепления, тип и медицинскую организацию прикрепления, о результатах информирует законного представителя.
   2. Информация, представленная в заявлении, сверяется медицинским регистратором регистратуры с данными оригиналов документов застрахованного лица или их нотариально заверенными копиями (приложение 1). Исправления в заявлении недопустимы.
   3. Медицинский регистратор на основании заявления и документов застрахованного лица с использованием информационного ресурса, создает и сохраняет электронную копию заявления.
   4. Заявление регистрируется медицинским регистратором регистратуры в журнале регистрации заявлений о выборе медицинской организации (приложение 3).
2. **Порядок работы при откреплении гражданина**
   1. На основании сведений об исключении застрахованного лица из региональной системы единого реестра застрахованных лиц в связи с его смертью, полученных от страховой медицинской организации при проведении сверки численности прикрепленного населения, медицинский регистратор регистратуры в течение 3 (трех) рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания.
   2. Медицинский регистратор регистратуры снимает застрахованное лицо с обслуживания на педиатрическом участке в течение 3 (трех) дней с момента достижения 18-летнего возраста.

###### Приложение 1

К порядку прикрепления застрахованных лиц

**Перечень документов, предъявляемых гражданином при подаче заявления**

1) Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами РФ:

- свидетельство о рождении;

- полис обязательного медицинского страхования ребенка.

2) Для граждан РФ в возрасте четырнадцати лет и старше:

- паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ;

- полис обязательного медицинского страхования.

3) Для законного представителя ребенка:

- документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

- документ, подтверждающий полномочия представителя.

4) Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах":

- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;

- копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;

- свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ;

- полис обязательного медицинского страхования.

5) Для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- вид на жительство;

- полис обязательного медицинского страхования.

6) Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- вид на жительство;

- полис обязательного медицинского страхования.

7) Для иностранных граждан, временно проживающих в РФ:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

- разрешение на временное проживание в РФ;

- полис обязательного медицинского страхования.

8) Для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ:

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- разрешение на временное проживание в РФ либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

- полис обязательного медицинского страхования.

9) В случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

###### Приложение 2

К порядку прикрепления застрахованных лиц

Руководителю медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

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

(фактический адрес медицинской организации)

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

(Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_ о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня

(меня или застрахованное лицо (Ф.И.О.), законным представителем\* которого я являюсь)

к медицинской организации в связи с (нужное выделить знаком «V»):

\_\_\_\_\_\_ первичным выбором медицинской организации;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;

\_\_\_\_\_\_ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;

\_\_\_\_\_\_ прекращением деятельности медицинской организации;

\_\_\_\_\_\_ откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

8. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

10. Адрес регистрации: (совпадает с адресом места жительства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Страховой медицинский полис (серия, номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами.

14. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Являюсь / является (нужное выделить знаком «V»):

\_\_\_\_\_\_ гражданином Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

\_\_\_\_\_\_ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

16. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о представителе застрахованного лица\* (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть)

6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

9. Контактная информация (застрахованного лица, представителя застрахованного лица):

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительно сообщаю:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации контактным номерам телефонов, по электронной почте и/или через аккаунт социальной сети.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.