

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГБУЗ РМ «Ичалковская ЦРБ»

 Ю.В.Шалыатов

« 11 » января 2021г

ПОРЯДОК ПРИКРЕПЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская ЦРБ»

1. Настоящий Порядок прикрепления населения к ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская ЦРБ» для получения амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (далее - Порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и определяет порядок реализации гражданами права выбора медицинской организации, а также права выбора врача, установленных законодательством Российской Федерации (далее - прикрепление).
2. Прикрепление к ГБУЗ Республики Мордовия «Ичалковская ЦРБ» ребенка в возрасте до 18 лет осуществляется на основании заявления застрахованного лица по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку, поданного на имя руководителя медицинской организации одним из родителей или законным представителем ребенка.
3. При подаче заявления предъявляются оригиналы и копии следующих документов:
 - * для граждан Российской Федерации в возрасте до четырнадцати лет:
 - свидетельство о рождении;
 - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
 - полис обязательного медицинского страхования ребенка;
 - * для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:
 - паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - * для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - 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;
 - * для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - * для иностранных граждан, временно проживающих в РФ (Федеральный закон от 25 июля 2002 г. №115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ"):
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ;
 - полис обязательного медицинского страхования;
 - * для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ (Федеральный закон от 25 июля 2002 г. №115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в РФ"):

- документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в РФ;
- полис обязательного медицинского страхования;

* в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства

4. Прикрепление к медицинской организации осуществляется застрахованным лицом не чаще одного раза в календарный год (за исключением случая изменения места жительства застрахованного лица).
5. Прикрепление застрахованного лица к медицинской организации производится в день обращения застрахованного лица путем внесения медицинской организацией данных в единый регистр прикрепления к медицинским организациям застрахованных лиц.
6. Медицинская организация по заявлению застрахованного лица беспрепятственно прикрепляет застрахованное лицо, чье место жительства находится на территории обслуживания данной медицинской организации.
7. Распределение застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации, по участкам осуществляется руководителем медицинской организации с учетом фактического места жительства застрахованных лиц.
8. Медицинская организация прикрепляет застрахованное лицо при условии возможности оказания медицинской помощи по участковому принципу, в т.ч. обеспечения данной медицинской организацией обслуживания застрахованного лица на дому.
9. Медицинская организация вправе отказать застрахованному лицу в прикреплении (в сохранении прикрепления, предусмотренного пунктом 12 настоящего Порядка) в случае, если место жительства застрахованного лица находится вне территории обслуживания медицинской организации. Отказ оформляется письменно в течение пяти рабочих дней со дня подачи застрахованным лицом заявления.
10. Застрахованное лицо может быть прикреплено только к одной медицинской организации.
11. При отсутствии заявления, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, застрахованное лицо, чье место жительства находится на территории обслуживания медицинской организации, считается прикрепленным к данной медицинской организации.
12. При изменении места жительства застрахованное лицо должно прикрепиться к другой медицинской организации по новому месту жительства.
13. Со дня прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации застрахованное лицо автоматически открепляется от медицинской организации, к которой было прикреплено ранее, путем внесения медицинской организацией, к которой прикрепилось застрахованное лицо, данных в единый регистр прикрепления к медицинским организациям застрахованных лиц.
14. Медицинская организация обязана вести персонифицированный учет движения застрахованных лиц.
15. Заявления, указанные в пункте 2 настоящего Порядка, хранятся в медицинской организации не менее трех лет со дня поступления. Хранение заявлений обеспечивается в порядке, установленном медицинской организацией, обеспечивающем их сохранность от повреждений и защиту содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Руководителю _____

(Наименование медицинской организации)

от _____

(Ф.И.О. заявителя в соответствии с документами)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

(прикрепления)

Прошу принять меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на медицинское обслуживание информация о гражданине, осуществляющем выбор МО:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть) Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

Место рождения: _____ Гражданство: _____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность) (название государства: лицо без гражданства)

Вид документа удостоверяющего личность _____ Серия _____ Номер _____

Кем и когда выдан _____

Адрес регистрации по месту жительства:

Субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

Населенный пункт _____ улица (проспект, переулок, и т.п.) _____

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____ Дата регистрации по месту жительства _____

Адрес места пребывания (указывается для оказания медицинской помощи на дому по вызову) Район _____

город _____ населенный пункт _____ улица(проспект, переулок, и т.п.) _____

(село, поселок и т.п.)

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____, квартира _____

№ полиса _____ СНИЛС _____

Место работы, должность _____

Наименование СМО, застраховавший гражданина _____

Наименование медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления _____

Сведения о представителе гражданина:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Отношение к гражданину _____

Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Серия _____ Номер _____ Кем и когда выдан _____

(Телефон с кодом) домашний _____ Служебный _____

Адрес электронной почты _____

Подпись лица подающего заявление (представителя застрахованного) _____

Заявление принял: _____

(подпись представителя медицинской организации) (расшифровка подписи)

Дата _____

(число, месяц, год)