

**Уведомление пациента об условиях предоставления льготного зубопротезирования и
финансовых обязательствах**

г. Кемерово

«___» _____ 2026 г.

Я, _____, обратившийся(аяся) в Государственное автономное учреждение здравоохранения «Кузбасская клиническая стоматологическая поликлиника» за медицинской услугой по льготному зубопротезированию, подтверждаю следующее:

1. Мне разъяснено, что льготное зубопротезирование является мерой социальной поддержки, и право на получение данной услуги возникает только при наличии установленного законом статуса и соблюдении условий предоставления меры социальной поддержки.

2. Я подтверждаю, что на момент обращения обладаю правом на получение льготного зубопротезирования, а также представленные мной документы являются достоверными и действительными.

3. Я осведомлен(на), что мое право на льготу может отсутствовать или быть утрачено в связи с:

- отсутствием подтверждающих документов;
- утратой статуса, дающего право на меры социальной поддержки;
- при изменении его правового или семейного статуса гражданин обязуется в течение 5(пяти) календарных дней письменно уведомить медицинскую организацию об изменении своего статуса, в том числе об установлении или снятии инвалидности, изменении категории льготника, назначении иных мер социальной поддержки.
- отказ от соответствующей меры социальной поддержки в установленном порядке.

4. Мне разъяснено положение пункта 3 статьи 13 Федеральный закон № 5-ФЗ «О ветеранах», согласно которому при наличии права на получение одной и той же формы социальной поддержки по нескольким основаниям, она предоставляется по одному основанию по выбору гражданина.

5. Я осведомлен(а), что выбор одного основания получения мер социальной поддержки может исключать возможность получения аналогичной меры по другому основанию, а также формирование набора мер социальной поддержки из различных оснований законодательством не предусмотрено.

6. Мне разъяснено, что:

- медицинская организация не наделена полномочиями по установлению права на меры социальной поддержки;
- не принимает решений о признании гражданина имеющим право на льготу;
- оказывает медицинские услуги на основании представленных документов и решений уполномоченных органов в соответствии с Федеральным закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

7. Мне разъяснено и я согласен(на), что в случае выявления отсутствия у меня права на получение льготного зубопротезирования, оказанная медицинская услуга подлежит оплате на общих основаниях, и я обязуюсь оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в добровольном порядке.

8. Мне разъяснено, что в случае невыполнения обязанности по оплате оказанных услуг, медицинская организация вправе защищать свои права и законные интересы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

9. Я подтверждаю, что получил(а) полную и понятную информацию информацию о перечне оснований для льготного зубопротезирования и согласен(на) на оказание медицинской услуги.

Приложение: перечень оснований для льготного зубопротезирования.

Подпись пациента _____

Дата _____

Подпись медицинского работника _____