**Приложение № 28**

**к Соглашению от 16 января 2019 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Заявка** |
| **на выделение недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса (НСЗ) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области**  |
|  |
| (наименование страховой медицинской организации) |
| за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года. |
|  |
| **Сумма заявленных средств недостающих на оплату медицинской помощи (стр.07)** |  |
|  |  |  |
| **Наименование показателей** | **код строки** | **Сумма (*руб.)*** |
| **1. Остаток средств на оплату медицинской помощи на расчетном счете СМО**  **на «\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 201\_\_ г.** | **01** |  |
|  **Поступления за период всего:** | **02** |  |
| **2. Объем поступивших целевых средств на оплату медицинской помощи всего, в том числе:** | **02.1** |  |
|  - по дифференцированным подушевым нормативам  | 02.1.1 |   |
|  -из остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды | 02.1.2 |   |
|  - дополнительные средства сверх установленных на оплату медицинской помощи из нормированного страхового запаса территориального фонда\* | 02.1.3 |   |
|  - прочие поступления, направленные на оплату медицинской помощи: | 02.1.4 |   |
|  -  |   |   |
|  **- Прочие поступления, в том числе:** | **02.2** |   |
|  -  | 02.2.1 |   |
|  -  |   |   |
|   |   |   |
|  **Расходы за предъявляемый период всего:** | **03** |  |
| **3. Направлено средств в медицинские организации на оплату медицинской помощи всего, в том числе:** | **03.1** |  |
|  - из средств полученных по дифференцированным подушевым нормативам  | 03.1.1 |  |
|  - из остатков целевых средств для оплаты медицинской помощи, возвращенных в предыдущие периоды | 03.1.2 |   |
|  - из дополнительных средств, полученных из НСЗ территориального фонда\* | 03.1.3 |   |
|  - из прочих поступлений | 03.1.4 |   |
|   |   |   |
|  |  |  |
|  **Прочие расходы - всего:** | **03.2** |  |
|  - сформировано собственных средств | 03.2.1 |  |
|  -  | 03.2.2 |   |
|  |  |  |
|   |   |   |
| **4. Остаток средств на оплату медицинской помощи на расчетном счете СМО** **на «\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 201\_\_ г . (стр.01+стр.02-стр.03)** | **04** |  |
| **Принято к оплате счетов от МО за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам по ОМС всего:** | **05** |  |
|  - принято счетов за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года | 05.1 |   |
|  - принято счетов за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года | 05.2 |   |
|  - принято счетов за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года | 05.3 |   |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |
| **Дебиторская задолженность МО перед СМО за предыдущий период:** | **06** |  |
| **Задолженность СМО перед медицинскими организациями, за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам по ОМС (стр.05-стр.03.1-стр.06)** | **07** |  |
|  |  |  |
| \* заполняется в случае повторного обращения СМО за дополнительными средствами из НСЗ за указанный период |  |
|  |  |  |
| **Руководитель СМО**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  (подпись) (расшифровка) |  |  |
| **Главный бухгалтер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  (подпись) (расшифровка) |  |  |
| М.П. |  |  |
| «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 201\_\_г. |  |  |