



УКРАЇНА  
ЧЕРНІГІВСЬКА МІСЬКА РАДА  
Р І Ш Е Н Н Я

29 Березня 2018 року

м. Чернігів

№ 29/VII- 42

Про депутатський запит депутата  
міської ради Носка М. О.

Заслухавши запит депутата міської ради Носка Миколи Олексійовича та відповідно до частини сьомої статті 49 Закону України "Про місцеве самоврядування в Україні", статей 21, 22 Закону України "Про статус депутатів місцевих рад" міська рада вирішила:

1. Направити депутатський запит депутата міської ради Носка М. О. першому заступнику міського голови Шевченку О. В., заступнику міського голови Ломако О. А., начальнику фінансового управління міської ради Лисенко О. Ю., начальнику відділу звернень громадян міської ради Брусильцевій І. М.

2. Про результати розгляду депутатського запиту письмово повідомити міську раду та депутата міської ради Носка М. О. до 23 квітня 2018 року.

Міський голова

В. А. Атрошенко



УКРАЇНА  
м. Чернігів  
ДЕПУТАТ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ  
сьоме скликання

27.03.2018 № 19

від \_\_\_\_\_

Міському голові  
Атрошенку В.А.

депутата Чернігівської міської ради  
сьомого скликання  
Носка Миколи Олексійовича

Шановний Владиславе Анатолійовичу!

До мене, як до депутата звернулася Турчин Ольга Андріївна, що мешкає за адресою вул. Малясова 27/15 інвалід першої групи (лежача) з проханням надати матеріальну допомогу. Має ряд захворювань (довідки додаються), що потребує постійного лікування та підтримання здоров'я організму медикаментами, на що Турчин О.А. не вистачає коштів.

Прошу підтримати та посприяти у вирішенні даного питання.

Додатки: Заява-звернення Турчин О.А.

Копія паспорту Турчин О.А.

Довідка №35/1 від 16.03.2017 Лікарня №4

Довідка медико-соціальної експертної комісії

З повагою  
депутат міської ради

М.О. Носко

Депутату Обласної ради  
Жеко Миколи

от Турчине Ольги Андреевны  
ул. Малесова 27/15 т. 604 657  
шв. Тр.

Завалиши

Прошу Вас оказать материальную  
помощь, так как шв. Тр, мне  
очень много денег надо на  
лечение, так и удобна, детей нет  
родителей нет, попросить чтоб  
помогли купить и в кого  
Тю со слезами прошу Вас  
чтоб мне не отказывали материальную  
помощь. У меня редкая болезнь  
слепотность на обоих глазах.  
сах. диабет, инфертилия. Ноги  
воспалены, и в дельнейшей  
интервала очень короткой. А мне  
надо не менее 3-4 тонны крем-молки,  
а они очень дорогие, это и в один день,  
а астерыи таблетки от инфертилии  
дереветильной ринии настальной,  
и таблетки, от воспаления ног, чтоб  
не воспалились то мне каждый  
день надо принимать 3<sup>и</sup> раза на  
аиь аь дьвасей что надо пропить

антибиотик, надо не менее  
10 дней - 14 дней, а лучше  
минимум очень, очень дорогостояно,  
а скупить лекарство у аптеки  
не хватает денег, то я  
еще раз Вас прошу со-  
слышьте, не откажите мне.  
Но надо купить еще продукты  
питания, а они тоже очень  
дорожизны, а есть надо что-  
нибудь, бо у меня не в кого  
попросить, чтоб дать продукты  
А платит за услуги надо.  
А денег не хватает денег  
на лекарство

медико-соціальних експертних комісій про умови і характер праці інвалідів з обмеженими фізичними здатностями для адміністрації підприємств, установ і організацій.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1. \_\_\_\_\_ (місцеве відомство МСЕК)

2. **Чернівецька міськрайонна медико-соціальна експертна комісія** (профіль МСЕК) **ДОВІДКА**  
до акта огляду медико-соціальною експертною комісією (видається інваліду)

3. Серія **АВ** № **130929**

4. **Мерген Ольга Анатоліївна** (прізвище, ім'я, по батькові)

5. Дата народження **12 07 1957** (число, місяць, рік) 6. Дата огляду **01 10 2014** (число, місяць, рік)

7. Огляд інваліда **повторний** (первинний, повторний)

8. Група інвалідності **перша БІБ**

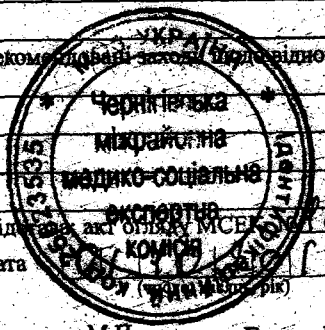
9. Причина інвалідності **застаріле захворювання із ушкодженням**

10. Інвалідність встановлена на строк до **20** року **застаріло-функціонально**

11. Дата чергового переогляду **без терміну** (число, місяць, рік) **застаріло-функціонально**

12. Висновок про умови та характер праці **Застаріле захворювання**

13. Рекомендації щодо відновлення працездатності



14. Підпис акта огляду МСЕК **007/10**

15. Дата **01 10 2014** (число, місяць, рік)

М.П. Голова МСЕК **[Signature]** (П.І.Б.)