

Ariza berilayotgan tibbiyot birlashmasi manzili  
tibbiyot birlashmasiga  
Ariza berayotgan shaxsning yashash manzilida  
yashovchi  
Ariza berayotgan shaxsning F.I.O.sidan  
Telefon raqam: Arizachining telefon raqami

## **ARIZA**

*(nogironligi mavjud farzandiga bepul tibbiy yordam olish yuzasidan)*

Mening Arizachining farzandi tug‘ilgan sanasida tug‘ilgan nogironligi bor farzandim bor. Hozirgi kunda tibbiy ko‘makka muhtoj bo‘lib pullik davolatishga mablag‘im yetarli emas.

O‘zbekiston Respublikasining “Bola huquqlarining kafolatlari to‘g‘risida”gi Qonunining 28-moddasiga ko‘ra Nogironligi bo‘lgan bolalar davlat sog‘liqni saqlash tizimi muassasalarida bepul tibbiy-ijtimoiy yordam olish va o‘z uylarida parvarish qilinish huquqiga ega bo‘lishi belgilangan.

Shunga ko‘ra, Mening farzandim Ariza berayotgan shaxsning farzandi F.I.O.siga bepul tibbiy yordam ko‘rsatishingizni so‘rayman.

Ariza berayotgan shaxsning F.I.O.si

\_\_\_\_\_

Ariza berilgan sana