**На основании ст. 219 Налогового кодекса РФ Трудоустроенные граждане или Индивидуальные предприниматели, которые отчисляют НДФЛ, могут получить социальный налоговый вычет за лечение.**

Социальный налоговый вычет на лечение может получить физлицо, оплатившее:

медицинские услуги, в том числе дорогостоящие, оказанные ему самому, его супругу (супруге), родителям, а также детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет (далее - члены семьи)

Право на получение социального налогового вычета имеют и налогоплательщики, осуществлявшие обязанности опекуна или попечителя над гражданами, бывшими их подопечными, после прекращения опеки или попечительства, если указанные граждане являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в возрасте до 24 лет.

Расходы на лечение детей (в том числе усыновленных) и бывших подопечных в возрасте от 18 до 24 лет учитываются в отношении доходов, полученных начиная с 2022 года.

Вычет сумм оплаты стоимости медицинских услуг предоставляется налогоплательщику, если медицинские услуги оказываются в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей (ИП), имеющих соответствующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданные в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также при представлении налогоплательщиком документов, подтверждающих его фактические расходы на оказанные медицинские услуги.

Начиная с расходов, произведенных с 01.01.2024 года, для подтверждения права на социальный вычет на медицинские услуги необходимо приложить только справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган, выданную медицинской организацией и индивидуальным предпринимателем, осуществляющими медицинскую деятельность, по форме, утвержденной [приказом ФНС России от 08.11.2023 № ЕА-7-11/824@](https://www.nalog.gov.ru/about_fts/docs/14112883/).

Выдача Справки об оплате медицинских услуг с целью получения социального налогового вычета входит в компетенцию медицинских организаций или ИП, оказывающих медицинские услуги (выдается по требованию налогоплательщика), и является обязательным документом, представляемым налогоплательщиком в налоговый орган для получения указанного налогового вычета.

Вопрос об отнесении оказанных физлицу медицинских услуг к соответствующим перечням решается медицинскими организациями или ИП путем указания в Справке стоимости медицинской услуги по коду 1 или дорогостоящего лечения по коду 2.

**Для получения справки на социальные налоговые вычеты пациентам необходимо обратиться в кассу поликлиники с заявлением о выдаче справки, паспортом и ИНН.**

**Справка выдается в течении 10 рабочих дней.**

Главному врачу ГБУЗ РБ

Стоматологическая поликлиника №2 г. Уфа

Визгаловой О.Б.

Заявление

Прошу предоставить мне Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации за оказанные медицинские услуги в ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №2 г. Уфа

\*От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Контактный телефон

|  |  |
| --- | --- |
| \*Фамилия, Имя, Отчество налогоплательщика |  |
| \*ИНН налогоплательщика |  |
| \*Дата рождения налогоплательщика |  |
| Документ, удостоверяющий личность налогоплательщика***(требуется в случае, если не указан ИНН налогоплательщика)*** | Вид документа Серия Номер Дата выдачи « » год |
| \*Налоговый период/год |  |
| \*Медицинские услуги оказаны(нужное подчеркнуть) | мне, супруге(у), сыну(дочери), матери(отцу) |
| \*Фамилия, Имя, Отчество пациента |  |
| \*Дата рождения пациента |  |
| \*ИНН пациента |  |
| \*Документ, удостоверяющий личность пациента ***(требуется в случае, если не указан ИНН пациента)*** | Вид документа Серия Номер Дата выдачи « » год |
| Согласованная супругами сумма расходов конкретного супруга, обратившегося за выдачей справки (при оказании услуг после 01.01.2024 г.)Сумма расходов на оказанные медицинские услуги руб. |
| \*На обработку персональныхданных согласен(а) |  |  |  |
| Поставить галочку |
| **Подписывая настоящее Заявление, Вы подтверждаете, что все персональные данные лиц, указанных в данном Заявлении, Вы предоставляете с их добровольного согласия.** |
| Предпочтительная форма получения Справки:1. Очно в кассе поликлиники
2. На электронный адрес:
 |
| Дата | Подпись |

Заявление получено

Дата подпись Фамилия И.О.

Справка получена

Дата подпись Фамилия И.О.