

Перечень документов для прохождения курса социально-бытовой или комплексной реабилитации.

1. Заявление о предоставлении социальных услуг по форме, утвержденной Приказом Минтруда России от 28 марта 2014 № 159н «Об утверждении формы заявления о предоставлении социальных услуг». (Приложение 1)
2. Паспорт – копия.
3. Страховое пенсионное свидетельство (СНИЛС) – копия.
4. Медицинский полис (при наличии) – копия.
5. Справка о наличии инвалидности с указанием группы инвалидности (для инвалидов) – копия (**межведомственное взаимодействие**).
6. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) (при наличии).
7. Справки о доходах членов семьи или одиноко проживающего инвалида (справки о пенсии, выплатах и т.п.) за последние 12 календарных месяцев (**межведомственное взаимодействие**).
8. Заключение уполномоченной медицинской организации о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме. (Приложение 2)
9. Справка о состоянии здоровья (медицинская карта) гражданина содержащая заключения терапевта, фтизиатра, дерматовенеролога, онколога, психиатра, невролога, нарколога, инфекциониста, сведения о прививках, указание рекомендуемого типа стационарного учреждения. (Приложение 3 для ПСУ младше 15 лет, Приложение 4 для ПСУ старше 15 лет).

Результаты анализов:

- анализ крови на маркеры вирусных гепатитов, антитела к ВИЧ (действителен 6 месяцев)
- анализ мазка на венерические заболевания (действителен 6 мес.)
- сведения о прививках (прививочный сертификат)
- анализ крови на сифилис (RW) (действителен 21 день)
- анализ кала на дизгруппу (действителен 14 дней)
- анализ на яйца глист (включая энтеробиоз), протоозы (действителен 14 дней);
- анализ мазков на дифтерию (действителен 14 дней)
- результат флюорографии органов грудной клетки (действителен 6 мес.).

Для лежачих больных вместо флюорографии – анализ мокроты на БК (3-х кратно) (действителен 6 мес.).

10. Справка об эпидокружении (действительна 3 дня)
11. Тест на Covid 19.
12. Для обучения по профессии «Водитель категории «В» медицинское заключение формы №003-В/о (действительно 1 год)

Директору
государственного
учреждения
геронтологический центр»
В.В. Бабко

Областного
бюджетного
«Введенский

Советская ул., д.2, Введенка с.,
Липецкая область, 398507

ОТ _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
гражданина)

_____,
(дата рождения гражданина)

_____,
(СНИЛС гражданина)

_____,
(реквизиты документа, удостоверяющего
личность)

_____,
(гражданство, сведения о месте проживания
(пребывания)

_____,
на территории Российской Федерации)

_____,
(контактный телефон, e-mail (при наличии))

ОТ <1> _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
представителя, наименование государственного
органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих
интересы гражданина

реквизиты документа, подтверждающего
полномочия представителя

реквизиты документа, подтверждающего
личность представителя,

адрес места жительства, адрес нахождения
государственного органа, органа местного
самоуправления, общественного объединения)

Заявление о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, оказываемые

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждаюсь в социальных услугах: социально-бытовых, социально-

медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-трудовых, социально-правовых, услугах в целях повышения коммуникативного потенциала.

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам <2>:

_____ (указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

_____ Условия проживания и состав семьи:

_____ (указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг <3>:

_____ Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» <4> для включения в реестр получателей социальных услуг:

_____ (согласен/не согласен)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ Г.
дата заполнения заявления

<1> Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.

<2> В соответствии со [статьей 15](#) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

<3> [Статьи 31](#) и [32](#) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

<4> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2010, № 31, ст. 4196; 2011, № 31, ст. 4701; 2013, № 30, ст. 4038.

**Заключение
уполномоченной медицинской организации
о наличии медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе
временно, в предоставлении социальных услуг
в стационарной форме**

от « ____ » _____ 20__ г.

1. Выдано _____

(полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется заключение _____

3. Фамилия, имя, отчество _____

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение: _____

Выявлено / не выявлено наличие заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Председатель
врачебной комиссии: _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)

М.П.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

гражданина, оформляемого на стационарное социальное обслуживание

Наименование лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту _____

Адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту _____

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, находится на постельном режиме и т. п.)

Заключения врачей с указанием диагноза заболевания:

Педиатр _____

Дерматовенеролог _____

Психиатр _____

Уролог (для инвалидов с нарушением функций тазовых органов) _____

Другие специалисты (по показаниям) _____

Заключение врачебной комиссии психоневрологического диспансера, а при его отсутствии – районной поликлиники с указанием рекомендуемого типа стационарного учреждения (общий тип, психоневрологический интернат)

Члены врачебной
комиссии

_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

Печать ЛПУ

Руководитель ЛПУ _____

Штамп медицинской организации

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

гражданина, оформляемого на стационарное социальное обслуживание

Наименование лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту

Адрес лечебно-профилактического учреждения, выдавшего карту

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Состояние здоровья _____

(передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, находится на постельном режиме и т. п.)

Заключения врачей с указанием диагноза заболевания:

Терапевт _____

Фтизиатр _____

Дерматовенеролог _____

Онколог _____

Психиатр _____

Нарколог _____

Невролог _____

Другие специалисты (по показаниям) _____

Заключение врачебной комиссии психоневрологического диспансера, а при его отсутствии – районной поликлиники с указанием рекомендуемого типа стационарного учреждения (общий тип, психоневрологический интернат)

Члены врачебной комиссии	_____	/	_____	/	_____
	_____	/	_____	/	_____
	_____	/	_____	/	_____

Печать ЛПУ

Руководитель ЛПУ _____