ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ "ПРИЗНАНИЕ ГРАЖДАНИНА

НУЖДАЮЩИМСЯ В СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ, ВЫДАЧА ЕМУ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ"

*Управление социальной защиты населения Администрации Большесельского муниципального района*

**принимает заявления на признание** гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, выдачу ему индивидуальной программы предоставления социальных услуг

 Прием заявлений и консультации по вопросам признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, выдачи ему индивидуальной программы предоставления социальных услуг осуществляют ведущие специалисты УСЗН:

**ЛЕОНТЬЕВА ИРИНА ЮРЬЕВНА (**предоставление социальных услуг на дому, полустационарной форме, в стационарной форме в отделении временного проживания)

**КРЫЛОВА ОЛЬГА ИВАНОВНА (**предоставление социальных услуг в стационарной форме в домах-интернатах для престарелых и инвалидов)

**Режим работы:**

**Понедельник – с 8.00 до 17.00 (перерыв на обед с 12.00 до 13.00)**

**Вторник-пятница – с 8.30 до 16.30 (перерыв на обед с 12.00 до 13.00)**

**Суббота, воскресение - выходные дни**

**С. Большое Село, пл. Советская, д.9 Кабинет №12**

**Тел.: 8(48542)2-14-47, bselo-sobes@mail.ru**

Государственная услуга предоставляется органами социальной защиты населения муниципальных образований области по месту постоянного или преимущественного проживания гражданина на территории Ярославской области, департаментом труда и социальной поддержки населения Ярославской области.

Заявителями государственной услуги и лицами, имеющими право выступать от их имени при предоставлении государственной услуги (далее -заявитель, заявители), являются:

-граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно или преимущественно проживающие на территории Ярославской области, беженцы;

-иные физические и юридически лица, имеющие право в соответствии с законодательством Российской Федерации либо в силу наделения их заявителями в установленном порядке полномочиями выступать от имени заявителей при предоставлении государственной услуги.

Основанием для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании является наличие обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности, установленные Федеральным законом от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" и постановлением Правительства области от 08.10.2014 N 988-п "О перечне обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина, для признания его нуждающимся в социальном обслуживании»

Срок предоставления государственной услуги

Срок предоставления государственной услуги устанавливается со дня подачи в уполномоченный орган заявления и документов, необходимых для предоставления государственной услуги, и составляет:

-в случае признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и выдачи ему индивидуальной программы предоставления социальных услуг

-не более 10 рабочих дней;

-в случае отказа в социальном обслуживании - не более 5 рабочих дней.

Форма подачи заявления и получения результата

предоставления государственной услуги

 Государственная услуга предоставляется в очной (при личном обращении гражданина (его законного представителя)) и заочной (при обращении по почте либо через Единый портал) формах.

Документы, предоставляемые заявителем.

Для предоставления государственной услуги заявитель подает в уполномоченный орган заявление о предоставлении социальных услуг, составленное по форме, утвержденной Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 марта 2014 г. N 159н "Об утверждении формы заявления о предоставлении социальных услуг", приведенной в **приложении 2** к Административному регламенту предоставления государственной услуги "Признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании, выдача ему индивидуальной программы предоставления социальных услуг", утвержденному приказом департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области

от 26.05.2015 N 27-15 (далее - заявление).

 К заявлению прилагаются следующие документы:

1. Для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в случае полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности прилагаются следующие документы:

-документ, удостоверяющий личность;

-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, составленное по форме, приведенной в **приложении 3** к Административному регламенту, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 N 216н "Об утверждении перечня 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, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний", либо медицинская карта пенсионера (инвалида), составленная по форме согласно **приложению 4** к Административному регламенту;

- акт обследования условий жизнедеятельности гражданина, составленный по форме согласно приложению 5 к Административному регламенту (в случае необходимости помещения гражданина в социально-реабилитационное отделение комплексного центра и центра социального обслуживания населения, реабилитационный центр, центр социальной помощи семье и детям, а также в случае предоставления гражданину социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания акт не составляется);

-справка медико-социальной экспертной комиссии об инвалидности (для лиц, являющихся инвалидами);

-выписка из амбулаторной карты (истории болезни).

 Основания для отказа в приеме документов, необходимых для предоставления государственной услуги, отсутствуют.

Конечным результатом предоставления государственной услуги является:

-принятие и выдача заявителю решения о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в социальном обслуживании;

-выдача гражданину, признанному нуждающимся в социальном обслуживании, индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Предоставление государственной услуги осуществляется в соответствии с:

-Конституцией Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, N 31, ст. 4398);

-Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (Ведомости Совета народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, N 33, ст. 1913; Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3033; 2003, N 2, ст. 167; 2004, N 27, ст. 2711; 2004, N 35, ст. 3607);

-Федеральными законами:

от 24 июля 1998 года N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 31, ст. 3802, Российская газета, 1998, 05 августа, N 147);

от 24 июня 1999 года N 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 26, ст. 31; Российская газета, 1999, 30 июня, N 121);

от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" (Российская газета, 2006, 29 июля, N 165);

от 27 июля 2010 года N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 31, ст. 4179);

от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Российская газета, 2013, 30 декабря, N 295);

-постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2017 г. N 181 "О Единой государственной информационной системе социального обеспечения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, N 8, ст. 1249, Российская газета, 2017, 01 марта, N 42);

-приказами:

Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.07.2014 N 500н "Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг" (Бюллетень трудового и социального законодательства Российской Федерации, 2014, N 12);

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 N 216н

"Об утверждении перечня 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, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний" (Российская газета, 2015, 18 июня, N 130);

-Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 08.06.2017 N 477н "Об утверждении состава информации, предоставляемой конкретному пользователю Единой государственной информационной системы социального обеспечения, направившему запрос о предоставлении информации" (Официальный интернет - портал правовой информации (http://www.pravo.gov.ru), 03.07.2017).

- Законами Ярославской области:

от 19 декабря 2008 г. N 65-з "Социальный кодекс Ярославской области" (Губернские вести, 2008, 20 декабря, N 116);

от 16 декабря 2009 г. N 70 –з "О наделении органов местного самоуправления

государственными полномочиями Ярославской области" (Документ-Регион, 2009, 22 декабря, N 36);

- Положением о департаменте труда и социальной поддержки населения Ярославской области, утвержденным постановлением Администрации области от 17.10.2006 N 277 "О создании департамента труда и социальной поддержки населения Ярославской области" Губернские вести, 2006, 26 октября, N 66);

-Административным регламентом.

Приложение 2

к Административному регламенту

Форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа (поставщика социальных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

услуг), в который предоставляется заявление)

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, адрес электронной почты

от<1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представителя гражданина<2>)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего

полномочия представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

личность представителя гражданина,

адрес места жительства,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес нахождения государственного органа,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

органа местного самоуправления,

общественного объединения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах) социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается форма (формы) социального обслуживания) оказываемые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Нуждаюсь в социальных услугах: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указываются желаемые социальные

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам <3>: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указываются обстоятельства, которые ухудшают или

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого

дохода получателя(ей) социальных услуг <4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку моих персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" <5> для включения в регистр получателей социальных услуг \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (согласен/не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

--------------------------------

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

<2> Указываются наименования государственного органа, органа местного самоуправления муниципального образования области, общественного объединения, представляющих интересы гражданина, реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства, адрес места нахождения государственного органа, органа местного самоуправления муниципального образования области, общественного объединения.

<3> В соответствии со статьей 15Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" и постановлением Правительства области от 08.10.2014 N 988-п "О перечне обстоятельств, которые ухудшают или

могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина, для признания его нуждающимся в социальном обслуживании".

<4> Статьи 31и 32Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

Приложение 3

к Административному регламенту

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<1>

,

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 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 <2>.

Председатель

врачебной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись) (дата)

М.П.

--------------------------------

<1>Оформляется при 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 социального обслуживания.

<2> Часть 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 52, статья 7007; 2014, N 30, статья 4257); приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 N 216н "Об утверждении перечня 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, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний" (Российская газета, 2015, 18 июня, N 130).

Приложение 4

к Административному регламенту

Форма

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

пенсионера (инвалида)<1>

Выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

Фамилия, имя, отчество обследуемого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего

диагнозов, наличие осложнений):

терапевта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фтизиатра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

хирурга (онколога) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дерматовенеролога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

врача-психиатра (врачебной комиссии с участием врача-психиатра) <2>\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сведения о профилактических прививках \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подлежит ли устройству в учреждение социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(тип учреждения)

Результаты обследования (флюорография или рентгенография органов грудной клетки; для нетранспортабельных -трехкратный анализ мокроты на туберкулез, диаскинтест; анализ кала на кишечную группу и яйца гельминтов; анализ крови на RW, HBS-Ag, ВИЧ; мазок из зева и носа на дифтерию) и справка об отсутствии инфекционных контактов оформляются на отдельных бланках и прикладываются к медицинской карте.

Срок действия результатов обследования:

-флюорография органов грудной клетки (для нетранспортабельных - трехкратный анализ мокроты на туберкулез) -1 календарный год;

-анализ кала на кишечную группу -2 недели с момента забора материала для исследований.

Справка об отсутствии инфекционных контактов действительна в течение 3 (трех) дней со дня ее выдачи.

Подписи членов врачебной комиссии с участием врача-психиатра <3>

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Руководитель

уполномоченной

медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

--------------------------------

<1> Оформляется при отсутствии 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 социального обслуживания.

<2> Если обследуемый подлежит помещению в психоневрологический интернат, необходимо заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, которое должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишающего его возможности находиться в ином стационарном учреждении социального обслуживания, а в отношении дееспособного лица -также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

<3> Подписи членов врачебной комиссии с участием врача-психиатра ставятся, если обследуемый подлежит помещению в психоневрологический интернат.

Приложение 6

к Административному регламенту

Форма

РЕШЕНИЕ

о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании

(об отказе в социальном обслуживании) N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование уполномоченного органа в сфере социальной защиты)

рассмотрено заявление о предоставлении социальных услуг с приложенными

документами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата подачи заявления)

По результатам рассмотрения указанного заявления, документов принято

решение признать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

нуждающимся в социальном обслуживании и предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается форма социального обслуживания)

отказать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

в социальном обслуживании и предоставлении социальных услуг в форме

социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается форма социального обслуживания)

Причина отказа <\*>: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Решение может быть обжаловано в досудебном и судебном порядке.

Руководитель (заместитель)

уполномоченного органа

исполнительной власти

в сфере социальной защиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

--------------------------------

<\*> Заполняется в случае принятия решения об отказе в социальном обслуживании.