

Перечень документов для прохождения курса социально-бытовой и комплексной реабилитации в стационарной форме социального обслуживания

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».

2. Паспорт – копия.

3. Страховое пенсионное свидетельство – 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.

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.

10. 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)

11. Результат флюорографии органов грудной клетки (действителен 6 мес.).

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

12. Справка об эпидокружении (действительна 3 дня)

13. Тест ПЦР (действителен 48 часов)

Директору областного казенного
учреждения «Центр государственных
выплат и кадровой работы»
Н.А. Бондарь

Советская ул., д.66, г. Липецк,
Липецкая область, 398001

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
(государственных (муниципальных) услуг <5>)

Прошу признать _____
(указывается заявитель либо гражданин, в отношении которого подается заявление)
нуждающимся в социальном обслуживании. Желаемый поставщик социальных услуг:

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг (исполнитель
(исполнители) государственных услуг <5>))

Нуждаюсь в социальных (государственных) услугах <5>):

_____.
(указываются желаемые социальные услуги (государственные) <5>) и периодичность их предоставления)
В предоставлении социальных (государственных) услуг <5> 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 (государственных услуг <5>) <3>:** _____

_____.
**Сведения о доходах прошу с моего согласия
запросить** _____

_____.
(указываются органы (организации), владеющие сведениями о доходах гражданина)

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 (реестр получателей социального сертификата на
получение государственной (муниципальной) услуги в социальной сфере <5>):**

_____.
(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, 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.

<5> В случае принятия органом государственной власти субъекта Российской Федерации решения об организации оказания государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере, принятого в соответствии с [частью 3 статьи 28](#) Федерального закона от 13 июля 2020 г. № 189-ФЗ «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, № 29, ст. 4499).

Заключение

уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии)
противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю
социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении
социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в
полустационарной форме, или в стационарной форме

1. Выдано _____

_____ (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации)

2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные
услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной
форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

_____ (гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства (места пребывания) _____

7. Заключение:

Выявлено (нужно подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в
предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;

б) наличие (отсутствие) <1> медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых
гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в
предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;

в) наличие (отсутствие) <1> 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.

Председатель врачебной комиссии:

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

_____ (подпись)

_____ (дата)

М.П.
(при наличии)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

гражданина, оформляемого на стационарное социальное обслуживание

Наименование медицинской организации, выдавшей карту

Адрес медицинской организации, выдавшей карту

Фамилия, имя, отчество _____

Год рождения _____

Домашний адрес _____

Заключения врачей с указанием диагноза заболевания:

Терапевт _____

Фтизиатр _____

Дерматовенеролог _____

Онколог _____

Психиатр _____

Нарколог _____

Невролог _____

Другие специалисты (по показаниям) _____

Определение степени утраты способности (возможности) гражданина осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности

№ п/п	Степень утраты способности (возможности) осуществлять самообслуживание	Отметка о степени утраты способности (возможности) осуществлять самообслуживание
1.	способность (возможность) осуществлять самообслуживание сохранена полностью или легкая степень утраты способности (возможности) осуществлять самообслуживание	
2.	умеренная или значительная степень утраты способности (возможности) осуществлять самообслуживание	
3.	очень высокая или тотальная степень утраты способности (возможности) осуществлять самообслуживание	

№ п/п	Степень утраты способности к самостоятельному передвижению	Отметка о степени утраты способности к передвижению
1.	передвигается самостоятельно или самостоятельно с применением ТСР	
2.	передвигается с посторонней помощью или с посторонней помощью с применением ТСР	

3.	способность к передвижению в пределах кровати или способность к передвижению утрачена полностью	
----	--	--

№ п/п	Степень утраты способности к ориентации (во времени, в пространстве, в ситуации, самоидентификация)	Отметка о степени утраты способности к ориентации
1.	способность к ориентации сохранена полностью или легкая степень утраты способности к ориентации	
2.	умеренная или значительная степень утраты способности к ориентации	
3.	очень высокая или тотальная степень утраты способности к ориентации	

№ п/п	Степень утраты способности к общению	Отметка о степени утраты способности к общению
1.	способность к общению сохранена полностью или легкая степень утраты способности к общению	
2.	умеренная или значительная степень утраты способности к общению	
3.	очень высокая или тотальная степень утраты способности к общению	

№ п/п	Степень утраты способности контролировать свое поведение	Отметка о степени утраты способности контролировать свое поведение
1.	способность к самоконтролю сохранена полностью или легкая степень утраты способности к самоконтролю	
2.	умеренная или значительная степень утраты способности к самоконтролю	
3.	очень высокая или тотальная степень утраты способности к самоконтролю	

№ п/п	Степень утраты способности к обучению	Отметка о степени утраты способности к обучению
1.	способность к обучению сохранена полностью или легкая степень утраты способности заниматься трудовой деятельностью	
2.	умеренная или значительная степень утраты способности к обучению	
3.	очень высокая или тотальная степень утраты способности к обучению	

№ п/п	Степень утраты способности заниматься трудовой деятельностью	Отметка о степени утраты способности заниматься трудовой деятельностью
1.	способность заниматься трудовой деятельностью сохранена полностью или легкая степень утраты способности заниматься трудовой деятельностью	
2.	умеренная или значительная степень утраты способности заниматься трудовой деятельностью	
3.	очень высокая или тотальная степень утраты способности заниматься трудовой деятельностью	

№ п/п	Степень нуждаемости в постороннем уходе	Отметка о нуждаемости в постороннем уходе
1.	в постороннем уходе и помощи не нуждается или низкая степень нуждаемости в посторонней помощи в поддержании нормальных бытовых условий и удовлетворении жизненных потребностей	
2.	умеренная или значительная степень нуждаемости в	

	посторонней помощи в поддержании нормальных бытовых условий и удовлетворении жизненных потребностей	
3.	высокая или крайне высокая степень нужды в постоянной посторонней помощи в поддержании нормальных бытовых условий и удовлетворении жизненных потребностей	

Заключение врачебной комиссии (включающей врача-психиатра) медицинской организации (районной поликлиники и т.п.) с указанием рекомендуемого типа стационарного учреждения (интернат общего типа, психоневрологический интернат)

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

Печать МО

Руководитель МО _____