**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) 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) 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)  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)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование медицинской организации)

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

(адрес медицинской организации)

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

(ОГРН медицинской организации)

**СПРАВКА**

**медицинской организации о состоянии здоровья гражданина**

**(для признания гражданин нуждающимся в социальном обслуживании в форме социального обслуживания на дому)**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1. Инвалидность: да/нет (нужное подчеркнуть)
2. Адрес место жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Сведения о степени утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста:
   1. Степень утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание (нужное подчеркнуть):

|  |  |
| --- | --- |
| полностью | да/нет |
| частично | да/нет |
| нуждается в постоянном постороннем уходе | да/нет |

* 1. Степень передвижения (нужное подчеркнуть):

|  |  |
| --- | --- |
| самостоятельно | да/нет |
| с посторонней помощью | да/нет |
| с помощью вспомогательных средств (трость, костыль, кресло-коляска и др.) | да/нет |
| не способен к самостоятельному передвижению | да/нет |
| находится на постельном режиме | да/нет |

* 1. Способность обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности (нужное подчеркнуть):

|  |  |
| --- | --- |
| может | да/нет |
| частично | да/нет |
| не может | да/нет |

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О./подпись уполномоченного лица)