

## Перечень документов для стационарного обслуживания пожилых людей

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)



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 \_\_\_\_\_

# 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 \_\_\_\_\_