**Перечень документов, необходимых в соответствии с Регламентом**

**Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания», утвержденным Распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 07.09.2021 № 2563-р, для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании**

Решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании принимается сотрудниками территориальных подразделений Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания» (далее- ЦОСО).

Срок предоставления услуги по признанию граждан нуждающимися
в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее - Услуга) не может превышать 10 рабочих дней с даты подачи заявителем заявления о предоставлении Услуги со всеми необходимыми документами, за исключением случая принятия решения о выдаче направления для получения срочных социальных услуг.

Решение о признании заявителя нуждающимся в социальном обслуживании либо об отказе в признании заявителя нуждающимся в социальном обслуживании принимается в течение 5 рабочих дней с даты подачи заявления.

Составление и передача заявителю (представителю) индивидуальной программы предоставления социальных услуг - не более 10 рабочих дней со дня подачи заявления и необходимых документов. В соответствии с частью 2 статьи 16 [Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/)» индивидуальная программа составляется исходя из потребности гражданина в социальных услугах, пересматривается в зависимости от изменения этой потребности, но не реже чем раз в три года. Пересмотр индивидуальной программы осуществляется с учетом результатов реализованной индивидуальной программы.

Датой подачи заявления о предоставлении Услуги считается дата регистрации заявления.

В целях принятия решения о признании гражданина нуждающимся
в социальном обслуживании ЦОСО осуществляется одновременное рассмотрение следующих документов:

- [заявление](#P755) о предоставлении Услуги по форме согласно приложению;

- документ, удостоверяющий личность получателя социальных услуг
(его представителя);

- документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении
за получением социальных услуг представителя);

- документ, подтверждающий место жительства и(или) пребывания, фактического проживания получателя социальных услуг (представителя) (справка
о регистрации по месту жительства граждан (форма № 9), справка о регистрации
по месту пребывания граждан (форма № 3) (если ведение регистрационного учета граждан по месту жительства (пребывания) в части, возложенной на жилищные организации, осуществляют ГКУ ЖА), решение суда об установлении места жительства или места пребывания), выписка из домовой книги или иной документ, подтверждающий количество граждан, зарегистрированных в жилом доме;

- вид на жительство для иностранных граждан и лиц без гражданства;

- документы (сведения), подтверждающие наличие у получателя социальных услуг обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия
его жизнедеятельности, послуживших основанием для признания гражданина нуждающимся в предоставлении социальных услуг (далее - обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности).

Для предоставления услуги в стационарной форме социального обслуживания при постоянном проживании гражданин (представитель) дополнительно
к документам, указанным выше, представляет в Учреждение следующие документы:

- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования Российской Федерации либо страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования Российской Федерации;

- справка об установлении инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (для инвалидов);

- индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, разработанная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (для инвалидов) (при наличии);

- решение суда либо надлежаще заверенная копия решения суда о признании гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным (предоставляется
в случае обращения о предоставлении социального обслуживания недееспособному или ограниченному в дееспособности гражданину);

- [сведения](#P1193) о состоянии здоровья гражданина по форме согласно приложению;

- 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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 202Н «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 форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний»;

- акт о помещении под надзор недееспособного гражданина или не полностью дееспособного гражданина в организацию, оказывающую социальные услуги (предоставляется в случае обращения о предоставлении социального обслуживания недееспособному или ограниченному в дееспособности гражданину);

- информация об отсутствии опекуна (для заявителей, признанных недееспособными; предоставляется в случае обращения о предоставлении социального обслуживания недееспособному или ограниченному в дееспособности гражданину);

- сведения государственных организаций, органов внутренних дел, общественных организаций (объединений) о лицах без определенного места жительства либо освободившихся из мест лишения свободы и(или) отбывающих уголовное наказание, не связанное с лишением свободы (предоставляется только
в случае обращения о предоставлении социального обслуживания заявителю из числа лиц без определенного места жительства либо освободившихся из мест лишения свободы и(или) отбывающих уголовное наказание, не связанное с лишением свободы).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2к Регламенту Санкт-Петербургскогогосударственного казенного учреждения"Центр организации социальногообслуживания" по предоставлению услугипо признанию граждан нуждающимисяв социальном обслуживании и составлениюиндивидуальной программыпредоставления социальных услугУтвержденаприказом Министерства трудаи социальной защитыРоссийской Федерацииот 28.03.2014 № 159н |
|  |  |
| (наименование органа (поставщика социальных услуг), |
|  |
| в который представляется 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, 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 мне социальные услуги в форме социального обслуживания |
|  | , оказываемые |
|  (указывается форма социального обслуживания) |  |
|  | . |
|  (указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг) |
| Нуждаюсь в социальных услугах: |  |
|  | (указываются желаемые социальные услуги |
|  |
| и периодичность их представления) |
| 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 регистр 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). |

|  |
| --- |
| О результатах рассмотрения заявления и принятом решении прошу уведомить меня следующим способом (нужное указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| в устной форме по телефону;по почте;СМС-информированием;в электронной форме. |
|  |
|  | ( |  | ) |  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | дата заполнения заявления |

|  |
| --- |
| Приложение № 5к Регламенту Санкт-Петербургскогогосударственного казенного учреждения"Центр организации социальногообслуживания" по предоставлению услугипо признанию граждан нуждающимисяв социальном обслуживании и составлениюиндивидуальной программыпредоставления социальных услуг |
| **Сведения о состоянии здоровья гражданина, рекомендуемые****для рассмотрения вопроса о нуждаемости в социальном****обслуживании в стационарной форме социального****обслуживания при постоянном/пятидневном проживании** |
|  |
| Полное наименование организации, оформившей медицинские сведения |  |
|  |
| ФИО гражданина (полностью) |  |
|  |
| дата рождения гражданина (чч.мм.гггг) |  | возраст |  |
| Место проживания гражданина: район |  |
| адрес |  |
| СНИЛС |  |  |
| Медицинский полис |  |  |

|  |
| --- |
| **Заключение врачебной комиссии (ВК) с участием врачей-специалистов** |
| **Терапевт:** *(Заключение должно содержать следующие сведения: о жалобах, анамнезе жизни и заболеваний; получаемом и рекомендуемом лечении; данных объективного осмотра, в том числе: общее состояние (удовлетворительное/относительно удовлетворительное/средней степени тяжести/тяжелое; питании (достаточное/избыточное/недостаточное; состоянии кожных покровов (чистые/наличие дефектов/пролежней/расчесов/высыпаний; наличии или отсутствии очагов неврологической симптоматики (парезы/плегии/иные признаки, симптомы); наличии или отсутствии хирургической патологии (целостность конечностей/наличие травм в анамнезе/дефектов кожи и костных структур/наличие стом, свищей или катетеров); описании физиологических отправлений (контролирует/не контролирует); описании способности к передвижению (самостоятельно/с помощью технических средств реабилитации/передвигается с помощью/активен в пределах постели); описании способности к приему пищи (самостоятельно/с посторонней помощью/через стому; описании способности к самообслуживанию (соблюдение гигиены, мытье, одевание; необходимости наблюдения у врачей-специалистов; основном и сопутствующем диагнозе с указанием шифра по Международной классификации болезней последнего пересмотра).* |
|  |
|  |
|  |
| **Психиатр:** (Заключение должно содержать следующие сведения: об основном и сопутствующих диагнозах; о способности к передвижению (самостоятельно, с помощью технических средств реабилитации, с посторонней помощью, самостоятельно не передвигается); способности к самообслуживанию (себя обслуживает полностью, частично, полностью себя не обслуживает); об отсутствии или наличии оснований для постановки перед судом вопроса о признании заявителя недееспособным вне зависимости от психического состояния гражданина и рекомендуемого типа учреждения социального обслуживания (в отношении дееспособного гражданина); указание на рекомендуемый тип стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, соответствующей состоянию его психического здоровья с учетом диагноза - психоневрологический интернат или дом-интернат, организацию, оказывающую помощь в соответствии со статьей 18 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). |
|  |
|  |
|  |
| **Врачебная комиссия:** *(Заполняется председателем ВК или членом ВК)* |
|  |
| **Рекомендованный тип учреждения** (стационарная организация социального обслуживания общего типа или стационарная организация социального обслуживания, предназначенная для лиц, страдающих психическими расстройствами) *(заполняется собственноручно, подчеркивание не допускается)* |
|  |
|  |
| **Заключительный диагноз** |  |
|  |
|  |
|  |
| **Информация об отсутствии/наличии оснований для постановки перед судом вопроса о признании гражданина недееспособным** *(заполняется собственноручно, подчеркивание не допускается)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Информация -** **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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 202Н «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 форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний», согласно заключению, выданному \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**(наименование медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию на медицинскую деятельность и являющейся участником реализации Территориальной программы ОМС и являющейся участником реализации Территориальной программы ОМС, к которой гражданин прикреплен для оказания ему медицинской помощи на основании полиса обязательного медицинского страхования, выданного в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"*(заполняется собственноручно, подчеркивание не допускается):*1. Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: A15; A17 - A19) |
|  |
| 2. Лепра (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: A30) |  |
| 3. Острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания, за исключением вышеуказанных, в стадии обострения, тяжелого течения и(или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: A00 - A09; A20 - A29; A31 - B99; R50) |
|  |
| 4. Злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: C00 - C97) |
|  |
| 5. Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: F01; F03 - F09; F10 - F16; F18 - F19; F20 - F33) |
|  |
| 6. Эпилепсия с частыми припадками (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: G40 - G41) |
|  |
| 7. Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: J85.0 - J85.2) |
|  |
| 8. Трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стома мочевого пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, противоестественный анус (при невозможности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта) (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: Z93.0; Z93.2 - Z93.6; K63.2; N28.8; N32.1 - N32.2; N36.0; N39.4; N82) |
|  |
| 9. Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: L10; L12.2; L12.3; L13.0; L88; L98.9) |
|  |
| 10. Пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: Q35 - Q37; Q67.0 - Q67.4) |
|  |
| 11. Заболевания, осложненные гангреной конечности (Код заболевания (состояния) по МКБ-10: A48.0; E10.5; E11.5; E12.5; E13.5; E14.5; I70.2; I73.1; I74.3; R02) |
| **Заключение о физическом состоянии гражданина: способности к передвижению***(заполняется собственноручно, подчеркивание не допускается)* |
|  |
|  |
| *(передвигается самостоятельно, с помощью технических средств реабилитации (указать каких), с посторонней помощью, находится на постельном режиме)* |
|  |
| **способности к самообслуживанию** *(заполняется собственноручно, подчеркивание не допускается)* |
|  |
|  |
| *(себя обслуживает полностью, частично, полностью себя не обслуживает)* |
|  |
| **Председатель ВК:** |  |
| **Врачи:** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Дата** "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. |
|  |
| ***Печать организации,******оформившей медицинские сведения*** |

Приложение № 5-1

к Регламенту Санкт-Петербургского

государственного казенного учреждения

"Центр организации социального

обслуживания" по предоставлению услуги

по признанию граждан нуждающимися

в социальном обслуживании и составлению

индивидуальной программы

предоставления социальных услуг

ТРЕБОВАНИЯ

ПО ЗАПОЛНЕНИЮ СВЕДЕНИЙ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНИНА

(ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ)

Заключение врачей-специалистов заверяются подписью (с указанием фамилии, инициалов) председателя врачебной комиссии либо лица, ответственного за их достоверность, а также подписями (с указанием фамилии, инициалов) членов врачебной комиссии и круглой печатью соответствующей медицинской организации, содержащие сведения об оформившей медицинской организации и дате оформления.

Заключение врача-терапевта, включающего информацию о:

- жалобах, анамнезе жизни и заболеваний;

- получаемом и рекомендуемом лечении;

- данных объективного осмотра, в том числе: общее состояние (удовлетворительное/относительно удовлетворительное/средней степени тяжести/тяжелое);

- питании (достаточное/избыточное/недостаточное);

- состоянии кожных покровов (чистые, наличие дефектов/пролежней/расчесов/высыпаний);

- наличии или отсутствии очагов неврологической симптоматики (парезы/плегии/иные признаки, симптомы);

- наличии или отсутствии хирургической патологии (целостность конечностей/наличие травм в анамнезе/дефектов кожи и костных структур/наличие стом, свищей или катетеров);

- описании физиологических отправлений (контролирует/не контролирует);

- описании способности к передвижению (самостоятельно/с помощью технических средств реабилитации/передвигается с помощью/активен в пределах постели);

- описании способности к приему пищи (самостоятельно/с посторонней помощью/через стому);

- описании способности к самообслуживанию (соблюдение гигиены, мытье, одевание);

- необходимости наблюдения у врачей-специалистов;

- основном и сопутствующем диагнозе с указанием шифра по Международной классификации болезней последнего пересмотра.

Заключение врачебной комиссии (ВК) с участием врача-психиатра, выданное уполномоченной медицинской организацией, должно содержать следующие сведения:

об основном и сопутствующих диагнозах;

о способности к передвижению (самостоятельно, с помощью технических средств реабилитации, с посторонней помощью, самостоятельно не передвигается);

способности к самообслуживанию (себя обслуживает полностью, частично, полностью себя не обслуживает);

об отсутствии или наличии оснований для постановки перед судом вопроса о признании заявителя недееспособным вне зависимости от психического состояния гражданина и рекомендуемого типа учреждения социального обслуживания (в отношении дееспособного гражданина);

указание на рекомендуемый тип стационарной организации социального обслуживания общего типа или стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, оказывающей помощь в соответствии со статьями 18 и 41 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Приложение № 5-2

к Регламенту Санкт-Петербургского

государственного казенного учреждения

"Центр организации социального

обслуживания" по предоставлению услуги

по признанию граждан нуждающимися

в социальном обслуживании и составлению

индивидуальной программы

предоставления социальных услуг

ПЕРЕЧЕНЬ

ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ

ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ГРАЖДАНИНА НУЖДАЮЩИМСЯ В СОЦИАЛЬНОМ

ОБСЛУЖИВАНИИ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

ПРИ ПОСТОЯННОМ/ПЯТИДНЕВНОМ ПРОЖИВАНИИ

(ДЛЯ ГРАЖДАН СТАРШЕ 18 ЛЕТ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Перечень представляемых документов | Организация, осуществляющая выдачу документа | Срок действия документа |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности <1> | Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы | Указанный в справке |
| 2. | Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида либо индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) <1> | Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы | Указанный в ИПРА |
| 3. | Решение суда либо надлежаще заверенная копия решения суда о признании гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным <2> | Судебные органы | Указанный в решении судебного органа |
| 4. | Сведения о состоянии здоровья гражданина (за исключением детей-инвалидов) по форме согласно приложению к настоящему перечню документов, необходимых для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме социального обслуживания при постоянном/пятидневном проживании (для граждан старше 18 лет) (с учетом требований по заполнению сведений по форме согласно приложению к сведениям о состоянии здоровья гражданина (за исключением детей-инвалидов) | Медицинская организация, являющаяся участником реализации Территориальной программы ОМС, в том числе к которой гражданин прикреплен для оказания ему медицинской помощи на основании полиса обязательного медицинского страхования, выданного в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" | Не более 90 дней со дня выдачи |
| 5. | 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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.2015 № 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" | Медицинская организация, являющаяся участником реализации Территориальной программы ОМС, в том числе к которой гражданин прикреплен для оказания ему медицинской помощи на основании полиса обязательного медицинского страхования, выданного в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" | В соответствии с законодательством |
| 6. | Акт о помещении под надзор недееспособного гражданина или не полностью дееспособного гражданина в организацию, оказывающую социальные услуги <2> | Органы опеки и попечительства | В соответствии с законодательством |
| 7. | Информация об отсутствии опекуна (для заявителей, признанных недееспособными) <2> | Органы опеки и попечительства | В соответствии с законодательством |
| 8. | Сведения государственных организаций, органов внутренних дел, общественных организаций (объединений) о лицах без определенного места жительства либо освободившихся из мест лишения свободы и(или) отбывающих уголовное наказание, не связанное с лишением свободы <3> | Государственные организации, органы внутренних дел, общественные организации, исправительное учреждение, УФСИН | До получения государственной услуги |

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

<1> Представляются в отношении инвалидов (при наличии) в случае отсутствия соответствующих сведений в ГИС "Федеральный реестр инвалидов";

<2> Представляется в случае обращения о предоставлении социального обслуживания недееспособному или ограниченному в дееспособности гражданину;

<3> Представляется только в случае обращения о предоставлении социального обслуживания заявителю из числа лиц без определенного места жительства либо освободившихся из мест лишения свободы и(или) отбывающих уголовное наказание, не связанное с лишением свободы.

**Приложение № 2
к**[**приказу**](https://internet.garant.ru/#/document/406870528/entry/0)**Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 2 мая 2023 г. № 202н**

**Форма**

**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)](https://internet.garant.ru/#/document/406870528/entry/21) 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)](https://internet.garant.ru/#/document/406870528/entry/21) 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)](https://internet.garant.ru/#/document/406870528/entry/21) 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 (подпись) (дата)

 (при наличии)

 М.П.

 (при наличии)

──────────────────────────────

(1) [Части 3](https://internet.garant.ru/#/document/70552648/entry/183) и [4 статьи 18](https://internet.garant.ru/#/document/70552648/entry/1804) Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".