

Справка
о состоянии здоровья гражданина
для оказания социальных услуг в форме социального обслуживания на дому

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Наименование медицинской организации, выдавшей справку,

выдана _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адрес места жительства

подтверждает

способность к самообслуживанию _____,

утрачена полностью

не ограничена, частично ограничена,

в связи с наличием заболеваний (указать коды заболеваний) _____

оценка по шкале реабилитационной маршрутизации _____ балла(ов).

Нуждаемость в посторонней помощи на дому имеется/ отсутствует.

(нужное подчеркнуть)

Нуждаемость в медико-социальном сопровождении имеется/ отсутствует

(нужное

подчеркнуть)

(содействие в установлении инвалидности, изменении группы инвалидности, внесении изменений в ИПРА, в том числе в части обеспечения ТСР)

Медицинские рекомендации по уходу, рекомендуемое количество часов ухода

Врач _____
(должность)

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

(дата)

М.П.

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 (*нужное 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)