

Приложение № 1
к Порядку предоставления
социальных услуг поставщиками
социальных услуг в Смоленской
области

Форма

(наименование поставщика социальных

услуг в Смоленской области)

ОТ _____,

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

_____, _____,

(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)

_____, _____,

(реквизиты документа, удостоверяющего личность гражданина)

ОТ _____,

(фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина)

_____, _____,

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия

законного представителя гражданина)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, гражданство, сведения о месте проживания

(пребывания) на территории Смоленской области)

социальные услуги в форме социального обслуживания граждан

(указывается форма социального обслуживания)

в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг
№ _____ от «___» _____ г., выданной отделом (сектором) социальной
защиты населения в _____.

Состав семьи: _____

(указывается состав семьи гражданина)

Сведения о доходах, учитываемых для расчета величины среднедушевого
дохода гражданина: _____

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

_____ .
(согласен/не согласен)

(подпись)

(_____)
(расшифровка подписи)

« ____ » _____ Г.
(дата заполнения заявления)

Приложение № 2
к Порядку предоставления
социальных услуг поставщиками
социальных услуг в Смоленской
области

Форма

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

гражданина (совершеннолетнего), оформляемая для получения социальных услуг у поставщика социальных услуг в Смоленской области в стационарной (полустационарной) форме социального обслуживания граждан

Наименование медицинской организации, выдавшей медицинскую карту, _____

_____ район _____ гор. _____

Выдана

Ф.И.О. гражданина _____

Год рождения _____ Домашний адрес _____

Степень нарушения функции передвижения _____

Заключения врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличие осложнений, сведения о перенесенных заболеваниях, наличии или об отсутствии показаний к стационарному лечению).

ТЕРАПЕВТ _____

ОНКОЛОГ (ХИРУРГ) _____

ФТИЗИАТР _____

ХИРУРГ _____

ДЕРМАТОЛОГ _____

ОКУЛИСТ _____

НАРКОЛОГ _____

(заключение о том, что не страдает алкоголизмом)

НЕВРОЛОГ _____

ПСИХИАТР _____

(рекомендуемый тип организации социального обслуживания: общий или психоневрологический)

1. Сведения о профилактических прививках с указанием даты проведения

2. Заключение ККФ или рентген органов грудной клетки с указанием даты (3-кратное обследование мокроты на ВК, если гражданин находится на постельном режиме) _____

3. Заключение об осмотре на педикулез _____

4. Заключение об отсутствии инфекционных заболеваний в течение 21 дня

5. Анализ крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В, С _____

6. Бактериологический анализ кала на дизгруппу, сальмонеллез _____

7. Анализ кала на яйца глист и энтеробиоз _____

8. Мазок из зева и носа на дифтерийную палочку _____

Заключение клинико-экспертной комиссии (КЭК) в составе 3 врачей о рекомендуемом типе организации социального обслуживания, в котором может проживать гражданин (общий или психоневрологический тип)

Главный врач
медицинской организации _____
(подпись, инициалы и фамилия)

Члены КЭК _____
(подпись, инициалы и фамилия)

(подпись, инициалы и фамилия)

« _____ » _____ 20 _____ г.

МП

Приложение № 3
к Порядку предоставления
социальных услуг поставщиками
социальных услуг в Смоленской
области

Форма

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

**гражданина (несовершеннолетнего), оформляемая для получения социальных
услуг у поставщика социальных услуг в Смоленской области в стационарной
(полустационарной) форме социального обслуживания граждан**

Наименование медицинской организации, выдавшей медицинскую карту, _____

_____ район _____ гор. _____

Лечащий врач _____
(фамилия, имя, отчество)

Выдана _____
(фамилия, имя, отчество гражданина)

Дата рождения _____ Домашний адрес _____
(число, месяц, год)

Образовательная организация _____

Диагноз _____

Анамнез _____
(вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания (в каком возрасте))

Профилактические прививки _____
(указать даты)

Анамнез основного заболевания _____
(с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота

обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное)

Жалобы в настоящее время _____

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований
(даты) _____

(результаты общего анализа крови, анализ на ВИЧ, RW, вирусные гепатиты В, С, общий анализ

мочи, анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, бак.посев кала на дизгруппу и сальмонеллез, мазок из

зева и носа на ВЛ, обследование на туберкулез – туберкулинодиагностика и/или ККФ, для девушек старше

12 лет – заключение гинеколога)

Контакты с больными инфекционными заболеваниями, осмотр на педикулез,
чесотку _____

Лечащий врач _____
(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20 ____ г.

МП