

**Заявление о направлении на стационарное социальное обслуживание в стационарную организацию психоневрологического типа**

В государственное бюджетное учреждение «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Бутурлинского района»

\_\_\_\_\_ района (города) Нижегородской области  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, изъявившего желание на зачисление на стационарное социальное обслуживание, или его законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность лица, в отношении которого рассматривается вопрос о зачислении на стационарное социальное

обслуживание:  паспорт  \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_

Серия		Дата выдачи	
Номер		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	
Адрес регистрации:			

Адрес фактического места жительства: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Паспортные данные законного представителя:

Серия		Дата выдачи	
Номер		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	
Адрес регистрации:			

Адрес фактического места жительства: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу направить

меня

опекаемого

на стационарное социальное обслуживание в стационарную организацию социального обслуживания психоневрологического типа.

\_\_\_\_\_ (при желании указать наименование выбранного учреждения)

О себе (опекаемом) сообщаю следующее:

статус инвалида  есть  нет группа инвалидности  1 группа  2 группа  3 группа

дееспособен (на)

недееспособен (на)

С условиями зачисления на стационарное социальное обслуживание, порядком и условиями предоставления, оплаты стационарного социального обслуживания, порядком и условиями временного выбытия, перевода и отчисления из стационарной организации ознакомлен (а) и согласен (а).

Даю согласие на обработку и использование моих персональных данных. В целях реализации моих прав на социальное обслуживание комплексный центр социального обслуживания населения или центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (далее – Центр) вправе осуществлять сбор, систематизацию, хранение, уточнение, использование моих персональных данных в течение необходимого срока, за исключением размещения их в общедоступных источниках.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

С заявлением о направлении на стационарное социальное обслуживание в стационарную организацию социального обслуживания психоневрологического типа гражданин либо его законный представитель представляют следующие документы:

№№ п/п	Наименование документа	Отметка о наличии
1* **	Оригинал и копию индивидуальной программы предоставления социальных услуг	
2 **	Оригинал и копию документа, удостоверяющего личность получателя социальных услуг и его представителя (при обращении законного представителя)	
3*	Справку о размере пенсии за 12 месяцев	
4 **	Оригинал и копию полиса обязательного медицинского страхования гражданина	
5 **	Оригинал и копию страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования	
6	Справку органов местного самоуправления Нижегородской области, жилищно-коммунальных организаций о составе семьи (выписки из домовой (поквартирной книги), из финансового лицевого счета) с указанием даты рождения каждого члена семьи и родственных отношений	
7	Выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма 027/у), оформленной в медицинской организации, где проходил лечение или наблюдался гражданин, оформляющийся в стационарное учреждение социального обслуживания, с указанием данных обязательного медицинского осмотра врачей-специалистов – терапевта, педиатра, психиатра, дерматовенеролога, онколога, нарколога, фтизиатра, инфекциониста, в которой отражается степень транспортабельности (мобильности) – передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, передвигается по комнате, на кресле-коляске и оформлено заключение с указанием рекомендуемого типа организации социального обслуживания, с результатами исследований на RW, антитела к ВИЧ, антитела к HCV, HBsAg, дифтерию, яйца гельминтов, результатами обследования на туберкулез (рентгено/флюорограмма или трехкратное исследование мокроты на КУМ), сертификатом профилактических прививок	
8	Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, о способности (неспособности) лица подать заявление о зачислении на стационарное социальное обслуживание лично, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о	

	признании его недееспособным	
9**	Оригинал и копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности получателю социальных услуг (для лиц, признанных инвалидами), выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, и индивидуальной программы реабилитации инвалида	
10**	Оригинал и копию документа установленного образца о статусе на льготы либо меры социальной поддержки (при наличии)	
11**	Оригинал и копию решения суда о признании лица недееспособным (в отношении лиц, признанных недееспособными, а также в отношении лиц, нуждающихся по заключению врачебной комиссии в постановке перед судом вопроса о признании их недееспособными)	
12**	Оригинал и копию решения органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя) или о возложении исполнения обязанностей опекуна (попечителя) (в отношении лиц, нуждающихся в установлении опеки (попечительства))	
13**	Оригинал и копию решения органа опеки и попечительства о помещении лица в психоневрологическое учреждение (в отношении недееспособных граждан, которые в соответствии с заключением врачебной комиссии с участием врача-психиатра не способны подать заявление о зачислении в учреждение психоневрологического типа лично)	
14**	Оригинал и копию справки об освобождении из мест лишения свободы (в отношении граждан, освободившихся из мест лишения свободы)	
15*	Копию решения ГКУ НО «Управление социальной защиты населения города/района» о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании	

Заявление принято и зарегистрировано "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_

Специалист Центра \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

\* - документы могут быть запрошены в порядке межведомственного взаимодействия.

\*\* - оригиналы документов представляются для сверки с копиями документов и возвращаются заявителю (законному представителю).