

## Заявление о направлении на стационарное социальное обслуживание в детский психоневрологический интернат

В ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района города Нижнего Новгорода» 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:  свидетельство о рождении  паспорт

|                    |  |                |  |
|--------------------|--|----------------|--|
| 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 опекаемого на стационарное социальное обслуживание в детский психоневрологический интернат.

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

Об опекаемом сообщаю следующее:

статус инвалида: ребенок-инвалид

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 **  | 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 **  | 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 **  | 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 **  | Сведения о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования, о нахождении в розыске   |                   |
| 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).