

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> 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> 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> 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)