

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 _____ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Щербиновская
_____ центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края
_____ ст-ца Старощербиновская, ул. Промышленная, д. 1
_____ (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/стационарной

форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение _____
_____ Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Краснодарского края
_____ «Щербиновский комплексный центр социального обслуживания населения»

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)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)

¹ Части 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».