

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. М
(при наличии)

¹ Части 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания»