Перечень документов, необходимый для получения

услуг с использованием

технологии социального обслуживания

«Санаторий для участников СВО»

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Наименование документа |
| 1 | Копию паспорта гражданина РФ/законного или уполномоченного представителя (страницы 2, 3 и страницы, содержащие отметки о регистрации) либо,  при отсутствии паспорта, иной документ, удостоверяющий личность заявителя  (вид на жительство в РФ, временное удостоверение личности гражданина РФ) |
| 2 | Копию документов, подтверждающих полномочия законного представителя |
| 3 | Копию документы, подтверждающие личность законного представителя |
| 4 | Копию документа, подтверждающего факт проживания гражданина РФ на территории Ленинградской области либо факт проживания иностранного гражданина, лица без гражданства на территории Ленинградской области  (при отсутствии отметки в паспорте) |
| 5 | 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 по форме, утвержденной федеральным органом исполнительной власти в соответствии со статьей 18 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» |
| 6 | Копию индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида  (при наличии) |
| 7 | Копию выписного эпикриза, выданного медицинской организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности  Заключение о состоянии здоровья гражданина |
| 8 | Документ, подтверждающий наличие инвалидности |
| 9 | Документ, подтверждающего статус участника СВО |

Заключение

о состоянии здоровья получателя социальных услуг

и о необходимости получения социально-медицинских услуг

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние здоровья по результатам осмотра:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психических расстройств, хронического алкоголизма, венерических, хронических инфекционных и кожных заболеваний, вирусоносительства, активных форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специализированных стационарных организациях здравоохранения, не выявлено.

Нуждается в предоставлении социально-медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги |
| Физиопроцедуры |  |  |  |
| Массаж |  |  |  |
| Лечебная физкультура |  |  |  |
| Прочее |  |  |  |
|  |  |  |  |

Иные рекомендации в рамках межведомственного взаимодействия:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач Подпись Дата

Информация по предоставлению услуги «Санаторий для участников СВО»,

на базе ЛОГБУ «Сланцевский ДИВВиТ»

1. Целью предоставления услуги является проведение социально-медицинской реабилитации для улучшения самочувствия участников СВО, имеющих инвалидность.
2. Получатели услуги: совершеннолетние граждане Российской Федерации, либо иностранные граждане, лица без гражданства, проживающие на территории Ленинградской области, из числа участников СВО с установленной инвалидностью I, II и III группы.
3. Формат предоставления услуги - реабилитационный курс, длительностью от 21 дня (не чаще двух раз в год).
4. Реабилитационный курс предоставляется бесплатно.
5. Противопоказания: психические расстройства, хронический алкоголизм, венерические, хронические инфекционные и кожные заболевания, вирусоносительство, активные формы туберкулеза, а также иные тяжелые заболевания, требующие лечения в специализированных стационарных организациях здравоохранения
6. Перечень необходимых документов прилагается.
7. Услуга предоставляется по адресу: Ленинградская область, город Сланцы, улица Комсомольское шоссе, дом 176.
8. Телефон для получения информации: **8-977-066-35-81**