

ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ

для подготовки и выдачи решения о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме

Документы, необходимые для предоставления в МФЦ города Москвы:

1. Заявление.

2. Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность гражданина, в том числе свидетельство о рождении в отношении несовершеннолетнего гражданина, не достигшего 14-летнего возраста, для иностранных граждан, лиц без гражданства – вид на жительство в Российской Федерации; для беженцев – удостоверение беженца; для вынужденных переселенцев – паспорт, удостоверение вынужденного переселенца, содержащий сведения о месте жительства в городе Москве.

3. Документ, подтверждающий место жительства в городе Москве (в случае если в документе, удостоверяющем личность, отсутствуют сведения о месте жительства в городе Москве, и ГБУ МФЦ города Москвы не осуществляет, на основании соответствующего договора, функцию по начислению платежей за жилое помещение, коммунальные и иные услуги и (или) функцию по приему и передаче в органы регистрационного учета документов для регистрации и снятия с регистрационного учета граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации в отношении жилого помещения, в котором проживает заявитель, а также вне зависимости от осуществления указанных функций ГБУ МФЦ города Москвы в случае проживания заявителя в жилом помещении, расположенном на территории Трицкого и Новомосковского административных округов города Москвы), а именно один из следующих:

3.1. Единый жилищный документ.

3.2. Выписка из домовой книги.

3.3. Копия финансового лицевого счета.

3.4. Справка, выданная организацией (учреждением), имеющей жилищный фонд на праве хозяйственного ведения либо на праве оперативного управления (ЖК, ЖСК, ТСЖ, общежития и т.д.).

При оформлении документов на бездомных граждан (из числа бывших москвичей) указанные документы представляются с последнего места жительства гражданина в городе Москве.

4. Заключение медицинской организации о состоянии здоровья гражданина, в том числе об отсутствии заболеваний, являющихся противопоказаниями к социальному обслуживанию, оформленное в форме медицинской карты (с заключениями врачей-специалистов (терапевта, фтизиатра, онколога, дерматовенеролога), заверенных личными подписями и печатями), результатами анализов (на ВИЧ-инфекцию, на дифтерию, на кишечную группу (протозоозы,

стронгилоидозы, энтеробиоз, яйца/глист), на гепатит В и С, на RW, флюорографию (рентгенографию), заверенные личной подписью главного врача (заместителя по медицинской части) и печатью учреждения (при наличии).

5. Справка федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающая факт установления инвалидности (в случае обращения гражданина, являющегося инвалидом).

6. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации (в случае обращения гражданина, являющегося инвалидом).

7. Заключение врачебной комиссии психоневрологического диспансера или больницы с развернутым диагнозом и указанием рекомендуемого типа организации социального обслуживания.

8. Заключение психолого-медико-педагогической комиссии, предусмотренное статьей 42 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в случае обращения о предоставлении социального обслуживания несовершеннолетнему гражданину, страдающему психическими расстройствами).

9. Решение суда о признании гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным (копия, заверенная в установленном порядке) (в случае обращения о предоставлении социального обслуживания недееспособного или ограниченного в дееспособности гражданина).

10. Справка об освобождении из мест лишения свободы (в случае обращения о предоставлении социального обслуживания гражданина из числа лиц, освобождаемых из мест лишения свободы, за которыми в соответствии с законодательством Российской Федерации установлен административный надзор и которые частично или полностью утратили способность к самообслуживанию).

11. Постановление органа опеки и попечительства о направлении недееспособного гражданина в организацию стационарного социального обслуживания.

12. Сведения о доходах заявителя и членов его семьи за последние 12 календарных месяцев, предшествующих обращению о предоставлении социального обслуживания (за исключением сведений о размерах пенсии по инвалидности и (или) по старости, которые выплачиваются Государственным учреждением - Отделением Пенсионного фонда Российской Федерации по г. Москве и Московской области и получаются в рамках межведомственного взаимодействия) (в случае обращения о предоставлении социального обслуживания граждан, не относящихся к категориям граждан, указанных в части 1 статьи 31 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», и категориям граждан, включенных в перечень, утвержденный нормативным правовым актом Правительства Москвы).

13. Документ, удостоверяющий личность представителя заявителя.

14. Распорядительный акт об установлении опеки или попечительства (если ребенок подопечный).

15. Документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя.

Для уполномоченного заявителем лица, не являющегося законным представителем, документом, подтверждающим полномочия, является доверенность в простой письменной форме либо нотариально удостоверенная доверенность или доверенность, приравненная к нотариально удостоверенной в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

16. Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов (форма № 026/у-2000).

Наименование ЛПУ

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Год рождения _____ Домашний адрес: _____

Состояние здоровья: _____

(передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме)

Заключение врачей специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличие осложнений, сведения о перенесённых заболеваниях).

Терапевта _____

Фтизиатра (указать дату и номер флюорографии или исследования мокроты на ВК) _____

Онколога _____

Дерматовенеролога _____

Заключение ВКК психоневрологического учреждения (диспансера или больницы) с указанием рекомендуемого типа дома-интерната прилагается.

Данные анализа на кишечную группу _____

Дифтерию _____

ВИЧ – инфекцию _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Главного врача поликлиники,
больницы _____

Главный врач

Подпись

ФИО

дата

М. П.