Документ предоставлен [КонсультантПлюс](https://www.consultant.ru)

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 26 октября 2012 г. N 942-п

О предоставлении инвалидам и детям-инвалидам

реабилитационных услуг в организациях

социального обслуживания Оренбургской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. Постановлений Правительства Оренбургской областиот 02.12.2013 N 1105-п, от 24.09.2015 N 735-п, от 14.12.2015 N 965-п,от 11.10.2018 N 664-п, от 06.06.2019 N 366-п, от 05.03.2020 N 136-п,от 06.07.2020 N 558-п) |  |

В целях реализации Федеральных законов от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации", Закона Оренбургской области от 3 октября 2014 года N 2560/729-V-ОЗ "О разграничении полномочий органов государственной власти Оренбургской области в сфере социального обслуживания граждан в Оренбургской области, внесении изменений и признании утратившими силу отдельных законодательных актов Оренбургской области", а также мероприятий индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида:

(преамбула в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

1. Утвердить [положение](#P46) о предоставлении реабилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в организациях социального обслуживания Оренбургской области (приложение).

(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п)

2. Финансирование расходов, связанных с предоставлением реабилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в организациях социального обслуживания Оренбургской области, осуществлять за счет средств областного бюджета, предусмотренных министерству социального развития Оренбургской области по разделу "Социальная политика".

(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п)

3. Министерству здравоохранения Оренбургской области рекомендовать медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения Оренбургской области организовать работу по подготовке медицинских документов при направлении инвалида (ребенка-инвалида) в организацию социального обслуживания Оренбургской области для получения реабилитационной услуги в соответствии с рекомендациями индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида).

(п. 3 введен Постановлением Правительства Оренбургской области от 02.12.2013 N 1105-п; в ред. Постановлений Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п, от 14.12.2015 N 965-п, от 06.06.2019 N 366-п)

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на вице-губернатора - заместителя председателя Правительства Оренбургской области по социальной политике - министра здравоохранения Оренбургской области.

(п. 4 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 05.03.2020 N 136-п)

5. Постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Губернатор

Оренбургской области

Ю.А.БЕРГ

Приложение

к постановлению

Правительства

Оренбургской области

от 26 октября 2012 г. N 942-п

Положение

о предоставлении реабилитационных услуг инвалидам

и детям-инвалидам в организациях социального обслуживания

Оренбургской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. Постановлений Правительства Оренбургской областиот 24.09.2015 N 735-п, от 14.12.2015 N 965-п, от 11.10.2018 N 664-п,от 06.06.2019 N 366-п, от 06.07.2020 N 558-п) |  |

1. Настоящее Положение определяет основные принципы отбора и направления инвалидов и детей-инвалидов, нуждающихся в социальной адаптации и реабилитации, в организации социального обслуживания Оренбургской области (далее - организация) для осуществления социально-средовой, социально-медицинской, социально-психологической, социокультурной реабилитации и социально-бытовой адаптации.

2. К организациям, оказывающим реабилитационные услуги инвалидам и детям-инвалидам, относятся:

государственное автономное учреждение социального обслуживания Оренбургской области "Реабилитационно-оздоровительный центр "Русь";

государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Оренбургской области "Реабилитационный центр для инвалидов "Бодрость" в г. Медногорске;

государственное автономное учреждение социального обслуживания Оренбургской области "Реабилитационный центр "Проталинка";

иные организации, включенные в реестр поставщиков социальных услуг Оренбургской области.

Информация о перечне организаций, включенных в реестр поставщиков социальных услуг Оренбургской области, размещается на официальном сайте министерства социального развития Оренбургской области в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

(п. 2 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

3. В организацию принимаются инвалиды не старше 70 лет, дети-инвалиды с 2-летнего возраста, а также лица, сопровождающие инвалидов I группы и детей-инвалидов.

(п. 3 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

4. Реабилитационные услуги предоставляются в следующих режимах:

стационарный (круглосуточное пребывание);

амбулаторный (дневное пребывание).

5. Решение о направлении инвалида (ребенка-инвалида), нуждающегося в социальной адаптации и реабилитации, в организацию принимается при наличии у граждан:

а) места жительства (пребывания) на территории Оренбургской области;

б) индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) с мероприятиями по социальной реабилитации;

в) заключения врачебной комиссии об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

(п. 5 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 11.10.2018 N 664-п)

6. Прием инвалидов, детей-инвалидов в организацию осуществляется в порядке очередности, но не чаще одного раза в год. Проезд к месту реабилитации и обратно осуществляется за счет средств инвалида.

Прием ребенка-инвалида в организацию может осуществляться чаще одного раза в год в случае принятия такого решения организацией в целях повышения реабилитационного потенциала ребенка-инвалида.

(абзац введен Постановлением Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

7. Противопоказаниями к направлению инвалида (ребенка-инвалида), а также сопровождающего лица в организацию являются:

а) все заболевания в остром периоде;

б) соматические заболевания, требующие лечения в условиях медицинского стационара;

в) острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;

г) бациллоносительство дифтерии и кишечных инфекционных заболеваний;

д) все заразные и паразитарные заболевания кожи и глаз;

е) злокачественные новообразования (III и IV стадий), злокачественная анемия, лейкемия, состояние менее 6 месяцев после оперативного лечения;

ж) амилоидоз внутренних органов;

з) туберкулез легких и других органов;

и) судорожные припадки и их эквиваленты, патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации;

к) психические заболевания, наркомания, эпилепсия, хронический алкоголизм;

л) последствия травм позвоночника, повреждения спинного мозга с тяжелыми формами тетра- и (или) парапареза, нарушениями функции тазовых органов;

м) состояние менее 8 месяцев после травмы или нейрохирургической операции;

н) легочно-сердечная недостаточность II и выше стадий;

о) заболевания, сопровождающиеся частыми тяжелыми приступообразными обострениями;

п) состояние менее 8 месяцев после перенесенных инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта).

8. Для получения реабилитационной услуги инвалид или представитель инвалида (ребенка-инвалида) обращается в комплексный центр социального обслуживания населения по месту жительства (далее - КЦСОН) с [заявлением](#P175) по форме согласно приложению N 1 к настоящему Положению.

Инвалид или представитель инвалида (ребенка-инвалида), обратившийся с заявлением в КЦСОН, считается заявителем.

К заявлению прилагаются:

копия документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;

абзацы пятый - шестой утратили силу. - Постановление Правительства Оренбургской области от 06.07.2020 N 558-п;

выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме N 027/у, выданная не ранее чем за месяц до подачи заявления;

заключение врачебной комиссии об отсутствии (о наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

В случае если в анамнезе указаны нервно-психические расстройства, представляется заключение психиатра об отсутствии противопоказаний для пребывания в реабилитационном центре.

Информация о регистрации инвалида (ребенка-инвалида) по месту жительства (пребывания) запрашивается сотрудниками КЦСОН, в том числе через единую систему межведомственного электронного взаимодействия, без участия заявителя.

Заявитель вправе представить документы, подтверждающие место жительства (пребывания) инвалида (ребенка-инвалида) на территории Оренбургской области, по собственной инициативе.

Сведения о документах, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, запрашиваются сотрудниками КЦСОН посредством единой системы межведомственного электронного взаимодействия из федеральной государственной информационной системы "Федеральный реестр инвалидов" (далее - федеральный реестр инвалидов).

(абзац введен Постановлением Правительства Оренбургской области от 06.07.2020 N 558-п)

В случае отсутствия таких сведений в федеральном реестре инвалидов заявитель самостоятельно представляет копию справки об установлении инвалидности, копию индивидуальной программы реабилитации или абилитации, выданные федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы.

(абзац введен Постановлением Правительства Оренбургской области от 06.07.2020 N 558-п)

(п. 8 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 11.10.2018 N 664-п)

9. Утратил силу. - Постановление Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п.

10. КЦСОН в течение 10 рабочих дней после поступления всех документов, указанных в [пункте 8](#P92) настоящего Положения, принимает решение о направлении инвалида (ребенка-инвалида) в организацию для получения реабилитационных услуг либо об отказе в предоставлении реабилитационных услуг.

(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

11. При решении вопроса о выборе организации необходимо учитывать следующие факторы:

а) вид деятельности организации;

б) объем реабилитационных услуг, оказываемых организацией;

в) удаленность организации от места жительства инвалида (ребенка-инвалида);

г) необходимый режим пребывания в организации;

д) наличие элементов доступности (для колясочников).

12. Основаниями для принятия решения об отказе в предоставлении реабилитационных услуг являются:

представление неполных и (или) недостоверных сведений;

обращение инвалида или представителя инвалида (ребенка-инвалида) более одного раза в год, за исключением случая, когда организацией принято решение о приеме ребенка-инвалида в организацию чаще одного раза в год в соответствии с [пунктом 6](#P73) настоящего Положения;

(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

отсутствие места жительства (пребывания) инвалида (ребенка-инвалида) на территории Оренбургской области;

несоответствие гражданина категориям, указанным в [пункте 3](#P63) настоящего Положения.

[Решение](#P286) об отказе в предоставлении реабилитационных услуг с указанием причин отказа направляется КЦСОН заявителю в письменной форме и по желанию заявителя - в электронной форме в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения по форме согласно приложению N 2 к настоящему Положению.

После устранения причин, послуживших основаниями для принятия решения об отказе в предоставлении реабилитационных услуг, заявитель вправе вновь обратиться за предоставлением реабилитационных услуг в порядке, установленном настоящим Положением.

(п. 12 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 11.10.2018 N 664-п)

13. После принятия решения о предоставлении государственных услуг КЦСОН в течение 30 дней направляет в организацию [заявку](#P318) по форме согласно приложению N 3 к настоящему Положению.

(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

К заявке прилагается копия выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме N 027/у.

14. Организация в течение 10 дней после поступления заявки уведомляет КЦСОН о постановке инвалида (ребенка-инвалида) на учет и (или) сообщает дату заезда.

Информирование инвалида, представителя инвалида, ребенка-инвалида о решении о предоставлении реабилитационных услуг и сроке прохождения реабилитации осуществляется КЦСОН по [форме](#P362) согласно приложению N 4 к настоящему Положению за 30 дней до заезда в организацию.

КЦСОН оказывает содействие инвалидам (детям-инвалидам) в оформлении документов для получения реабилитационных услуг, в том числе непосредственно перед заездом в организацию.

(п. 14 в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

15. Инвалид, представитель инвалида, ребенка-инвалида вправе отказаться от получения реабилитационных услуг в организации, о чем обязаны уведомить КЦСОН в течение 5 дней со дня получения уведомления о решении о предоставлении государственных услуг. Отказ оформляется в письменном виде с указанием причины ([приложение N 5](#P419) к настоящему Положению).

(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п)

16. В организации инвалиды и дети-инвалиды получают реабилитационные услуги (включая питание и проживание), сопровождающим лицам предоставляются питание и проживание. При необходимости сопровождающим лицам могут быть предоставлены реабилитационные услуги на платной основе (при наличии выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме N 027/у).

17. Организация в течение 10 рабочих дней со дня окончания проведения реабилитационных мероприятий направляет в министерство социального развития Оренбургской области (далее - министерство) список инвалидов (детей-инвалидов) (с указанием детей-инвалидов, воспитывающихся в неполных семьях), получивших реабилитационные услуги.

18. Ежегодно, до 1 декабря текущего года, организации представляют на согласование в министерство графики проведения реабилитационных мероприятий на следующий год.

Согласованный график до 20 декабря направляется в КЦСОН для организации работы.

19 - 21. Утратили силу. - Постановление Правительства Оренбургской области от 06.06.2019 N 366-п.

Приложение 1

к положению

о предоставлении

реабилитационных услуг

инвалидам и детям-инвалидам

в организациях

социального обслуживания

Оренбургской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. Постановления Правительства Оренбургской областиот 14.12.2015 N 965-п) |  |

 Образец

 заявления инвалида на получение

 реабилитационных услуг

 в организациях социального обслуживания

 Оренбургской области

 Руководителю комплексного центра

 социального обслуживания населения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города)

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

 (инициалы, фамилия)

 от инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы

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

 (фамилия, имя, отчество)

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

 (адрес регистрации и проживания)

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

 (контактный номер телефона)

 Заявление

 Прошу направить на получение реабилитационных услуг в организацию

социального обслуживания Оренбургской области

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

 (наименование организации)

 К заявлению прилагаются следующие документы:

 копия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование документа, удостоверяющего личность гражданина

 Российской Федерации)

 копия индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида;

 выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по

форме N 027/у;

 копия документа, подтверждающего инвалидность;

 заключение врачебной комиссии об отсутствии медицинских

противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (подпись)

 Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты.

 (инициалы, фамилия)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |

 Образец

 заявления представителя инвалида I группы

 или ребенка-инвалида на получение реабилитационных

 услуг в организации социального обслуживания

 Оренбургской области

 Руководителю комплексного центра

 социального обслуживания населения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города)

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

 (инициалы, фамилия)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество

 представителя инвалида I группы

 или ребенка-инвалида)

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

 (адрес регистрации и проживания)

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

 (номер контактного телефона)

 Заявление

 Прошу направить инвалида I группы (ребенка-инвалида) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на получение реабилитационных услуг

(фамилия, имя, отчество)

в организацию социального обслуживания Оренбургской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации)

с сопровождающим лицом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (степень родства, фамилия, имя, отчество)

 К заявлению прилагаются следующие документы:

 копия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (наименования документа, удостоверяющего личность гражданина

 Российской Федерации)

 копия индивидуальной программы реабилитации инвалида I группы

(ребенка-инвалида);

 выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по

форме N 027/у;

 копия документа, подтверждающего инвалидность;

 заключение врачебной комиссии об отсутствии медицинских

противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приняты.

 (инициалы, фамилия)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |

Приложение 2

к положению

о предоставлении

реабилитационных услуг

инвалидам и детям-инвалидам

в организациях

социального обслуживания

Оренбургской области

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

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

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

 (адрес проживания заявителя)

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

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

 Решение

 об отказе в предоставлении

 реабилитационных услуг

 По результатам рассмотрения Вашего заявления от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

принято решение об отказе в предоставлении реабилитационных услуг

(постановке в очередь на получение реабилитационных услуг в организации

социального обслуживания Оренбургской) в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (причина отказа)

 Приложение: документы (перечень) на \_\_\_\_ л.

Руководитель КЦСОН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 3

к положению

о предоставлении

реабилитационных услуг

инвалидам и детям-инвалидам

в организациях

социального обслуживания

Оренбургской области

Заявка

в организацию социального обслуживания

Оренбургской области

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество инвалида, ребенка-инвалида, направляемого в организацию социального обслуживания Оренбургской области (фамилия, имя, отчество сопровождающего лица (при его наличии)) | Дата рождения инвалида, ребенка-инвалида (дата рождения сопровождающего лица (при его наличии) | Категория | Адрес проживания (регистрации) инвалида, ребенка-инвалида, контактные номера телефонов инвалида, сопровождающего лица инвалида I группы (ребенка-инвалида) | Диагнозы основного и сопутствующих заболеваний | Дата подачи заявления в комплексный центр социального обслуживания населения по месту жительства | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |

Примечание. При направлении заявки на ребенка-инвалида, воспитывающегося в неполной семье, необходимо дополнительно указать состав семьи (например: Иванов Иван Петрович воспитывается в неполной семье, мама - Иванова Ирина Петровна).

Приложение 4

к положению

о предоставлении

реабилитационных услуг

инвалидам и детям-инвалидам

в организациях

социального обслуживания

Оренбургской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. Постановления Правительства Оренбургской областиот 14.12.2015 N 965-п) |  |

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

 (фамилия, имя, отчество заявителя)

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

 (адрес проживания заявителя)

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

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

 Решение

 о предоставлении государственных услуг

 На основании Вашего заявления от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

принято решение о направлении Вас (о постановке Вас в очередь) на

прохождение курса реабилитации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование организации)

 Дата заезда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 При себе иметь:

 выписку из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по

форме N 027/у, заполненную не ранее, чем за 10 - 15 дней до поступления в

реабилитационный центр (с обязательным перечнем диагностических

исследований: общий анализ крови (результаты), общий анализ мочи

(результаты), сахар крови (результаты), реакция микропреципитации - РМП,

ЭКГ (результаты), результаты флюорографии, осмотра врача-дерматолога,

врача-гинеколога (женщинам), при наличии - результаты дополнительных

обследований и заключений узких специалистов по сопутствующему диагнозу);

 паспорт (свидетельство о рождении);

 страховой полис;

 индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-

инвалида);

 справку учреждения медико-социальной экспертизы об инвалидности;

 спортивный костюм, сменную обувь (для занятий спортом и лечебной

физкультурой);

 резиновую шапочку, купальник (плавки) и резиновые тапочки (для

посещения бассейна);

 туалетные принадлежности;

 медикаменты, необходимые по основному заболеванию.

 Для детей-инвалидов дополнительно иметь:

 справку об отсутствии контактов с инфекционными больными (справку об

эпидемиологическом окружении), выданную врачом-педиатром по месту

жительства;

 копию прививочного сертификата.

Руководитель КЦСОН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 5

к положению

о предоставлении

реабилитационных услуг

инвалидам и детям-инвалидам

в организациях

социального обслуживания

Оренбургской области

 Заявление

 об отказе от получения реабилитационных услуг

 в организации социального обслуживания

 Оренбургской области

 Руководителю комплексного центра

 социального обслуживания населения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города)

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

 (инициалы, фамилия)

 от инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы

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

 (фамилия, имя, отчество)

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

 (адрес регистрации и проживания)

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

 (контактный номер телефона)

 Заявление

 Я отказываюсь от получения реабилитационных услуг в организации

социального обслуживания Оренбургской области по причине \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (причина отказа)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)

 Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданы.

 (инициалы, фамилия)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |

 Заявление

 об отказе от получения реабилитационных услуг

 в организации социального обслуживания

 Оренбургской области

 Руководителю комплексного центра

 социального обслуживания населения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города)

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

 (инициалы, фамилия)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество,

 представителя инвалида I группы

 (ребенка-инвалида)

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

 (адрес регистрации и проживания)

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

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

 (контактный номер телефона)

 Заявление

 Я отказываюсь от получения реабилитационных услуг инвалидом

I группы (ребенком-инвалидом) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество инвалида I группы

 (ребенка-инвалида))

в организации социального обслуживания Оренбургской области по причине

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

 (причина отказа)

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

 Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)

 Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданы.

 (инициалы, фамилия)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер заявления | Дата представления документов | Подпись специалиста (расшифровка подписи) |
|  |  |  |