**Чек - лист**

**«Перечень документов, необходимых для зачисления и предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Наличие** |
| 1 | Ксерокопия паспорта |  |
| 2 | Ксерокопия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС) |  |
| 3 | Ксерокопия льготного документа |  |
| 4 | Медицинское заключение о нуждаемости в предоставлении социальных услуг на дому (по форме МКБ - 10)  - **(Приложение 1)** |  |
| 5 | Сведения о составе семьи  - **(Приложение 2)** |  |

**Приложение 1**

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **о нуждаемости в предоставлении социальных услуг на дому** | |
| (наименование медицинской организации) | |
|  | |
| (адрес медицинской организации) | |
| **Фамилия** | |  |
| **Имя** | |  |
| **Отчество** | |  |
| **Дата рождения** | |  |
| **Домашний адрес** | |  |
|  | |  |
| **Состояние здоровья** | | передвигается самостоятельно/  находится на постельном режиме |

(нужное подчеркнуть)

**Заключение врачей-специалистов (с указанием основного**

**и сопутствующего диагнозов (код по МБК-10), наличия осложнений):**

Семейный врач (педиатр) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача либо личная печать)

Фтизиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача либо личная печать)

Психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача либо личная печать)

Онколог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача либо личная печать)

Инфекционист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача либо личная печать)

Флюорографическое исследование или результат исследования мокроты

натуберкулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заключение к оказанию социальных услуг:**

|  |
| --- |
| нуждается в предоставлении социальных услуг на дому/  отсутствуют показания в предоставлении социальных услуг на дому |
| (нужное подчеркнуть) |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель

врачебной комиссии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (ФИО)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Приложение 2**  **Сведения о составе семьи**  **Ф.И.О.; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сведения о документе, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **СНИЛС:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждающем адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Сообщаю, что имею следующий состав семьи:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **№**  **п/п** | **Фамилия, имя, отчество** | **Дата рождения** | **Степень родства** | **СНИЛС** | **Адрес**  **регистрации** | **Сведения о документе, подтверждающем адрес регистрации** | **Сведения о документе, подтверждающем степень родства \*** | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | |

* За исключением случаев регистрации акта рождения ребёнка за пределами Российской Федерации. В данном случае заявитель представляет оригинал документа или его копию.

По указанному мной адресу регистрации также совместно зарегистрированы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Фамилия, имя, отчество** | **Дата рождения** | **Степень родства** | **СНИЛС** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Подтверждаю, что мне известно, что представление заведомо ложных и (или) недостоверных сведений, а также умолчание о фактах, влекущих прекращение выплат, совершенное при получении пособий, компенсаций, субсидий и иных социальных выплат, является в соответствии со статьей 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации уголовного наказуемым деянием.

Примечание: в качестве членов семьи указываются супруги, родители и дети (усыновители и усыновленны), в качестве совместно проживающих указываются иные граждане, зарегистрированные по месту жительства (месту пребывания) в жилом помещении собственника.

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

(дата) (подпись) (расшифровка)