

Форма

**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.П.
(при наличии)