

ПАМЯТКА НА 2023 ГОД
ПО ДОКУМЕНТАМ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ
в ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»
ТЕХНОЛОГИЯ «ЗДРАВНИЦА47»
ДЛЯ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ИНВАЛИДА 1 ГРУППЫ

1. Заявление о предоставлении услуги (приложение 1)
2. Заключение медицинской организации об отсутствии медицинских противопоказания к предоставлению услуги в том числе - психические расстройства, хронический алкоголизм, венерические, хронические, инфекционные и кожные заболевания, вирусоносительство, активные формы туберкулеза, а также иные тяжелые заболевания, требующие лечения в организациях здравоохранения (приложение 2)
3. Документы, подтверждающие состав семьи Получателя Услуги (свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака, другие документы, подтверждающие родственные связи)
4. Документы, подтверждающие полномочия законного представителя (в случае, если сопровождающий инвалида 1 группы является опекуном/попечителем)
5. Паспорт + копия (стр.2-3, прописка, регистрация брака)
6. Полис обязательного медицинского страхования + копия
7. СНИЛС + копия
6. Результаты медицинского обследования:
 - флюорография (12 месяцев),
 - кал на яйца гельминтов (я/г) и паразитарных заболеваний (14 дней),
 - кал на группу возбудителей кишечных инфекций (дизгруппа - 14 дней),
 - дифтерию (мазок из носа и горла - 10 дней),
 - кровь из вены на RW, ВИЧ-инфекцию, маркеры гепатита В и С (6 месяцев).
7. Действительный QR-КОД (вакцинированного / переболевшего / имеющего медотвод по медицинским показаниям) – можно распечатать самостоятельно с сайта «Госуслуги» или обратиться с паспортом в отделение МФЦ, **ИЛИ** отрицательный результат лабораторного исследования на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (срок годности 48 ЧАСОВ)
8. Сведения о профилактических прививках (корь, дифтерия и т.д.) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (при наличии медицинских противопоказаний – справку медицинской организации о наличии таких противопоказаний) **ИЛИ СПРАВКУ ОБ ОТСУТСТВИИ СВЕДЕНИЙ О ПРИВИВКАХ.**
9. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту проживания в течение 21 дня (срок годности 3 дня).

БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ДОКУМЕНТОВ!
БЕЗ УКАЗАННЫХ ДОКУМЕНТОВ
ГРАЖДАНАМ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО В ПОЛУЧЕНИИ УСЛУГИ

Записаться в Геронтологический центр и получить необходимую
информацию можно по телефонам
(881368) 96726 Никанова Оксана Геннадьевна
Мобильный телефон: +7-904-613-22-41 Безрукова Татьяна Викторовна
Наша электронная почта: gerontolog_centra@mail.ru
Наш официальный сайт: <http://gerontolog-lo.ru/>
Наша группа в социальной сети «ВКонтакте»: https://vk.com/gerontolog_lo
Наш адрес: 187126, Ленинградская область, Киришский район, пос.Глажево, зд. 5-Н

Директору ЛОГБУ
«Геронтологический центр Ленинградской области»
Кашиной И.И.

от _____
(ФИО полностью)

Дата рождения _____

СНИЛС _____

Паспорт _____

Проживающего (ей) по адресу _____

Контактный телефон _____

Заявление
о предоставлении услуг
с использованием технологии социального обслуживания
«Здравница47»

Прошу предоставить мне услуги в рамках технологии социального обслуживания «Здравница в Ленинградской области» на 21 календарный день.

С порядком, условиями оказания и прекращения предоставления услуг в рамках технологии социального обслуживания «Здравница в Ленинградской области», перечнем оказываемых услуг ознакомлен (а).

К заявлению прилагаю:

Наименование документа	Количество экземпляров
Копию паспорта гражданина Российской Федерации (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 Российской Федерации)	
Копию документа, подтверждающего факт проживания гражданина Российской Федерации на территории Ленинградской области либо факт постоянного проживания иностранного гражданина, лица без гражданства на территории Ленинградской области (при отсутствии отметки в паспорте);	
Медицинское заключение о состоянии здоровья и отсутствии медицинских противопоказаний к предоставлению услуг с использованием технологии социального обслуживания «Здравница в Ленинградской области»	
Копию индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (при наличии)	
Копии документов, подтверждающих доход гражданина	
Копии документов, подтверждающих состав семьи получателя Услуги	

Копии справки по форме № 5 о подтверждении прохождения военными военными военной службы (службы, работы) в воинской части	
---	--

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

На обработку, использование и хранение персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года « 152-ФЗ «О персональных данных» (нужное подчеркнуть) согласен/ не согласен.

_____ / _____
(дата заполнения)

(подпись заявителя)

_____ / _____
(Ф.И.О. заявителя)

Заявление и документы в количестве _____ шт. приняты «_»_ 20__ г. и зарегистрированы в журнале регистрации под № _____.

Специалист _____
(подпись)

_____ / _____
(расшифровка подписи)

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, вирусносительства, 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			
Фитопроцедуры			
Лечебная физкультура			
Водные процедуры			
Прочее			

Иные рекомендации в рамках межведомственного взаимодействия:

Врач

Подпись

Дата