ПАМЯТКА НА 2023 ГОД

ПО ДОКУМЕНТАМ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ
в ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»
ТЕХНОЛОГИЯ «ЗДРАВНИЦА47»
ДЛЯ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО, СОТРУДНИКА РОСГВАРДИИ ПОЛУЧИВШЕГО УВЕЧЬЕ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЬИ (родители, супруг(а), женщины 55+, мужчины 60+)

1. **Заявление о предоставлении услуги**
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**
3. **Документы, подтверждающие состав семьи Получателя Услуги (свидетельство о рождении, свидетельство о заключении брака, другие документы, подтверждающие родственные связи)**
4. **Документ подтверждающий факт получения военнослужащими или сотрудниками Росгвардии увечья (ранения, контузии, травмы) в ходе проведения специальной военной операции, выданной уполномоченным органом) (для граждан, принимавших участие в СВО)**
5. **Документ, подтверждающих прохождение сотрудниками Росгвардии службы в войсках национальной гвардии, военнослужащими военной службы (работы) в воинской части (для членов семьи гражданина, принимающего участие в СВО)**
6. **Паспорт + копия (стр.2-3, прописка, регистрация брака)**
7. **Полис обязательного медицинского страхования + копия**
8. **СНИЛС + копия**
9. **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).**

10. 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.

11. 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

Стационарный телефон: 8 (81368) 96-726
Мобильный телефон: +7-904-613-22-41
Наша электронная почта: gerontolog_centr@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

ПАМЯТКА НА 2024 ГОД

ПО ДОКУМЕНТАМ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ
в ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»
ТЕХНОЛОГИЯ «ЗДРАВНИЦА47»
ДЛЯ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ИНВАЛИДА 1 ГРУППЫ ДЕТСТВА; ИНВАЛИДА 1 И 2 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**
8. **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).**
9. **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.**
10. **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
Стационарный телефон: 8 (81368) 96-726
Мобильный телефон: +7-904-613-22-41
Наша электронная почта: gerontolog_centr@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

ПАМЯТКА НА 2024 ГОД

ПО ДОКУМЕНТАМ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ
в ЛОГБУ «Геронтологический центр Ленинградской области»
ТЕХНОЛОГИЯ «ЗДРАВНИЦА47»
ДЛЯ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ МОБИЛИЗОВАННЫХ

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. **Справка по форме № 5 о подтверждении прохождения военнослужащим военной службы (службы, работы) в воинской части**
5. **Паспорт + копия (стр.2-3, прописка, регистрация брака)**
6. **Полис обязательного медицинского страхования + копия**
7. **СНИЛС + копия**
8. **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).**

9. 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.

10. 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

Стационарный телефон: 8 (81368) 96-726

Мобильный телефон: +7-904-613-22-41

Наша электронная почта: gerontolog_centr@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 военнослужащими 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, вирусоносительства, 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

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 военнослужащими 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, вирусоносительства, 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