Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 2 мая 2023 г. N 202н

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 Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Ставропольский центр социальной помощи семье и детям» | | | | | |
| 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>](#P238) 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>](#P238) 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>](#P238) 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. |  |  |  |  |