

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/ полустационарной форме/ стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение:

Муниципальное бюджетное учреждение Златоустовского городского округа

«Комплексный центр социального обслуживания населения»

Отделение временного проживания

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 (нужное подчеркнуть):

а) наличие (отсутствие) 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) 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) 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.

