*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 | | | | | |
| ГБУ «Центр социального обслуживания населения Сахалинской области» | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 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) |  |  |

------------------

<1> Части [3](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=446256#l171) и [4](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=446256#l348) статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".