

**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/стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение \_\_\_\_\_

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)<sup>1</sup> 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)<sup>1</sup> 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)<sup>1</sup> 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)

<sup>1</sup>Части 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».