

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 полустанционарной 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 полустанционарной форме/в стационарной форме (необходимо подчеркнуть), куда представляется заключение **Краевое государственное казенное учреждение социального обслуживания «Центр социальной помощи семье и детям «Канский»**

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 полустанционарной 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)