

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к административному регламенту исполнения
министерством труда, занятости и социального
развития Архангельской области государственной
услуги по признанию совершеннолетних граждан
нуждающимися в социальном обслуживании и
составлению индивидуальных программ
предоставления социальных услуг в Архангельской
области от 23 декабря 2014 года № 43-п

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
врачебной комиссии
(с участием врача-психиатра)

_____ (наименование медицинской организации)
о состоянии здоровья _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)

Дата рождения _____
(число, месяц, год)

Адрес места жительства (пребывания) фактического нахождения _____

Наблюдается медицинской организацией с _____ года
(число, месяц, год)

Заболевание (кратко) _____

Заключение врачебной комиссии: _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина)

_____ в социальном обслуживании
(указывается нуждается или не нуждается)
по стационарной форме социального обслуживания в _____
(указывается тип и профиль организации)

социального обслуживания (дом-интернат для престарелых и инвалидов, психоневрологический интернат)
По своему состоянию: _____
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина)

_____ подать личное заявление о помещении в психоневрологический
(указывается способен/не способен)
интернат для социального обслуживания в стационарной форме социального
обслуживания.

“ _____ ” _____ Г. _____ (_____)
(дата) (подпись) (расшифровка подписи врача-психиатра)

“ _____ ” _____ Г. _____ (_____)
(дата) (подпись) (расшифровка подписи председателя врачебной комиссии)

М.П.