



**ДЕПАРТАМЕНТ
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Республики, д. 83а, г. Тюмень, 625048,
тел. (3452) 50-26-49, факс (3452) 50-24-39,
e-mail: dsoc@72to.ru

№

24.05.2023 07-1/4222

Начальникам территориальных управлений
(отделов) социальной защиты населения

Руководителям организаций социального
обслуживания
Тюменской области

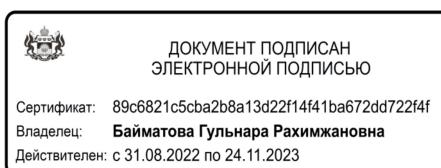
Уважаемые руководители!

В дополнение к ранее направленному письму Департамента социального развития Тюменской области от 22.05.2023 №13-4112 о вступлении в силу приказа Минздрава России от 02.05.2023 № 202н «Об утверждении перечня 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, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний» направляю в Ваши адреса **уточненную форму** заключения медицинской организации о состоянии здоровья гражданина для направления на социальное обслуживание **в полустационарной форме** (приложение № 3 к письму от 22.05.2023 № 13-4112).

Просим руководствоваться новой версией вышеуказанной формы, так как в прежней допущена опечатка. При этом, формы заключения медицинской организации о состоянии здоровья гражданина и о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию, **выданные медицинскими организациями до даты вступления в силу вышеуказанного приказа Минздрава России** (дата вступления 23 мая 2023 г.) и не утратившие силу в связи со сроком, считаются действительными.

Начальникам территориальных управлений (отделов) социальной защиты населения данную информацию необходимо довести до сведения организаций социального обслуживания и негосударственных поставщиков социальных услуг.

Начальник управления по вопросам
социального обслуживания населения
и делам инвалидов



Г.Р. Байматова

Субботина О.Ю.
8 (3452) 50-24-37

Штамп медицинской организации

**Заключение медицинской организации
о состоянии здоровья гражданина
для направления на социальное обслуживание
в полустационарной форме**

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата рождения _____

Основной диагноз (согласно МКБ 10) _____

Сопутствующий диагноз (согласно МКБ 10) _____

Заключение о наличии (отсутствии) показаний для направления на социальное обслуживание в полустационарной форме (нужное подчеркнуть):

ДЛЯ ВСЕХ КАТЕГОРИЙ:

- способность к передвижению: **полная утрата/частичная утрата;**
- способность осуществлять самообслуживание и обеспечивать основные жизненные потребности: **полная утрата/частичная утрата.**

ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ:

- **отсутствуют/имеются** трудности с социализацией в связи с заболеванием *в отношении инвалидов, детей-инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии) и имеющих ограничение способности к контролю за своим поведением I, II степени*
- **отсутствует/имеется** потребность в курсовой комплексной реабилитации в течение года *в отношении детей-инвалидов с расстройствами аутистического спектра от 3 до 8 лет*
- **отсутствует/имеется** хроническое заболевание с легким когнитивным расстройством (дефицитом) *в отношении лиц старше 65 лет*
- **отсутствуют/имеются** умеренные или тяжелые когнитивные расстройства *в отношении граждан, достигших возраста, установленного частью 1 статьи 8 Федерального закона от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»*

Наименование организации, выдавшей заключение _____

Врач/фельдшер _____ Ф.И.О. подпись

М.П. (печать медицинской организации)

« _____ » _____ 20__ г.

Срок действия заключения 12 месяцев