Порядок направления детей в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»

1. В Центр направляются дети следующих категорий:

дети-инвалиды в возрасте от 3 до 17 лет включительно;

дети с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 3 до 17 лет включительно, отнесенные к III или IV группам здоровья (далее – дети с ограниченными возможностями здоровья).

Дети, нуждающиеся в сопровождении по медицинским показаниям или в соответствии с индивидуальными возрастными особенностям (далее – дети, нуждающиеся в сопровождении), направляются в Центр вместе с родителями (законными представителями) (далее – сопровождающее лицо).

Необходимость сопровождения детей определяется:

по медицинским показаниям – заключением специализированного педиатрического бюро медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) для детей, нуждающихся в постороннем уходе, имеющих нарушения функций организма и категорий жизнедеятельности II или III степени, либо рекомендацией лечащего врача;

по возрасту – для детей в возрасте от 3 до 6 лет включительно.

Дети, находящиеся в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания населения или стационарных образовательных организациях на полном государственном обеспечении, не принимаются на обслуживание в Центр.

Дети, являющиеся учащимися специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, могут в период летних каникул направляться в Центр, в случае если они в этот период времени находятся в семье.

2. В Центр направляются дети согласно показаниям и при отсутствии противопоказаний, перечень которых представлен в приложении 1 методического письма.

3. Учет детей в качестве нуждающихся в направлении в Центр осуществляется в органах труда и социальной защиты населения администраций муниципальных районов и городских округов Ставропольского края по месту жительства (месту пребывания) родителей (законных представителей) ребенка (далее соответственно – учет детей, орган соцзащиты).

4. Принятие на учет детей осуществляется на основании заявлений их родителей (законных представителей) (далее – заявитель).

4.1. К заявлению прилагаются:

копия свидетельства о рождении или копия паспорта ребенка, достигшего возраста 14 лет);

согласие на обработку персональных данных взрослого члена семьи, не являющегося заявителем;

справка для направления в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» по форме согласно приложению 6 к методическому письму. Справка выдается участковыми педиатрами медицинских организаций государственной системы здравоохранения (далее – медицинские организации) по месту жительства ребенка и действительна в течение 6 месяцев.

4.2. Дополнительно в зависимости от категории детей в орган соцзащиты предоставляются:

на детей-инвалидов:

копия справки об установлении инвалидности, выдаваемой МСЭ;

копия индивидуальной программы реабилитации инвалида, разработанной МСЭ (далее – ИПР);

выписка из медицинской карты стационарного больного (с последнего места стационарного лечения или обследования);

4.3. На детей, направляемых в Центр с сопровождающими лицами, дополнительно к документам, указанным в пунктах 4.1 и 4.2 методического письма, предоставляются:

1) копия паспорта родителя (законного представителя);

2) один из следующих документов, подтверждающих факт совместного проживания ребенка с родителем (законным представителем):

справка о составе семьи с указанием даты рождения каждого члена семьи и степени родства (свойства);

домовая (поквартирная) книга;

выписка из поквартирной карточки.

Если родитель (законный представитель) и ребенок имеют разную регистрацию по месту жительства, но проживают фактически вместе, факт их совместного проживания указывается ими в заявлении.

В составе семьи учитываются супруги и несовершеннолетние дети, совместно проживающие с родителем (законным представителем).

В состав семьи в целях расчета среднедушевого дохода членов семьи не включаются:

а) лица, отбывающие наказание в виде лишения свободы, лица, в отношении которых применена мера пресечения в виде заключения под стражу, а также лица, находящиеся на принудительном лечении по решению суда;

б) лица, находящиеся на полном государственном обеспечении;

в) дети, находящиеся под опекой (попечительством), на содержание которых выплачиваются денежные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации;

г) дети, воспитывающиеся в приемной семье, на содержание которых выплачиваются денежные средства в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3) копию трудовой книжки родителей (законных представителей) трудоспособного возраста (для родителей (законных представителей), не предоставивших сведения о заработной плате);

4) документы о вознаграждении за выполнение трудовых или иных обязанностей, выполненную работу, оказанную услугу, совершение действия в Российской Федерации.

В случае невозможности подтверждения сведений о доходах членов семьи соответствующими документами размер доходов членов семьи (или их отсутствие) указывается родителем (законным представителем) в приложении к заявлению.

5) о размере стипендии, выплачиваемой несовершеннолетним детям по месту их учебы;

6) о размере алиментов, выплачиваемых членам семьи;

7) о выплатах приемному родителю денежного вознаграждения;

8) документы об иных видах доходов в зависимости от рода занятий членов семьи родителя (законного представителя), которые не могут быть запрошены в рамках межведомственного информационного взаимодействия в государственных органах, указанные родителем (законным представителем) в приложении к заявлению.

Документы о доходах членов семьи предоставляются родителем (законным представителем) за 12 месяцев, предшествующих месяцу направления в Центр.

Родители (законные представители) в случае не предоставления документов о доходах указывают это в заявлении, где дается согласие об оплате полной стоимости социальных услуг в Центре в соответствии с тарифами, утвержденными министерством труда и социальной защиты населения Ставропольского края.

В случае отнесения сопровождающего лица к категории лиц, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных (межэтнических) конфликтов, предоставляются только копия паспорта и документ, выданный отделами Управления Федеральной миграционной службы России по Ставропольскому краю о предоставлении временного убежища или временном проживании.

4.4. В случае если ребенок направляется в Центр повторно, предоставляются только заявление и те документы, срок действия которых истек.

4.5. Копии документов предоставляются вместе с оригиналами и заверяются органом соцзащиты.

5. В направлении ребенка в Центр отказывается в случаях если:

заявителем представлен неполный пакет документов, указанных в пункте 4 настоящего методического письма, либо ребенок не относится к категориям детей, указанных в пункте 1 методического письма;

у ребенка есть медицинские противопоказания для направления в Центр, указанные в разделах 2 и 4 приложения 1 к методическому письму;

дети находятся в государственных стационарных учреждениях социального обслуживания населения или в стационарных образовательных организациях на полном государственном обеспечении.

6. Направление в Центр выдается родителю (законному представителю) ребенка, в порядке очередности, исходя из даты принятия на учет.

7. При поступлении в Центр родители (законные представители) детей предоставляют следующие документы:

1) на детей:

свидетельство о рождении ребенка или паспорт ребенка, достигшего возраста 14 лет;

справка МСЭ (для детей-инвалидов);

направление органа соцзащиты;

полис обязательного медицинского страхования (подлинник);

медицинская карта (срок действия не более 6 месяцев);

справка об эпидокружении, полученная в ФФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Ставропольскому краю» (не позднее 3 суток) или справка врача-педиатра об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе;

заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи (действительно в течение 14 дней) и заключение врача-гинеколога об отсутствии заболеваний, передающихся половым путем – для девочек (действительно в течение 1 месяца), либо заключение врача дерматовенеролога об отсутствии заразных заболеваний кожи и заболеваний, передающихся половым путем (действительно в течение 14 дней);

клинические анализы: анализ кала на яйца глистов и на энтеробиоз (действительны в течение 14 дней), общий анализ крови (действителен в течение 1 месяца), общий анализ мочи (действителен в течение 1 месяца), результаты флюорографии детям старше 15 лет (действителен в течение 1 года), результаты реакции Манту детям младше 15 лет (действителен в течение 1 года);

учебники по основным предметам (для детей, обучающихся в образовательных организациях);

канцелярские принадлежности;

для детей-инвалидов дополнительно - карта ИПР.

2) на сопровождающих лиц:

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;

документы о доходах членов семьи, в том числе заверенная органом соцзащиты копия приложения к заявлению - декларация;

полис обязательного медицинского страхования (подлинник);

медицинская карта (срок действия не более 6 месяцев);

справка об эпидокружении, полученная в ФФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Ставропольскому краю» (срок действия 3 суток) или справка врача-терапевта об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства;

заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи (действительно в течение 14 дней) и заключение врача-гинеколога об отсутствии заболеваний, передающихся половым путем – для женщин (действительно в течение 1 месяца), либо заключение врача дерматовенеролога об отсутствии заразных заболеваний кожи и заболеваний, передающихся половым путем (действительно в течение 14 дней);

клинические анализы: анализ кала на яйца глистов и на энтеробиоз (действительны в течение 14 дней), кровь на ЭДС (действителен в течение 1 месяца), результаты флюорографии (действителен в течение 1 года).

Дети, получающие постоянное или курсовое медикаментозное лечение, в обязательном порядке обеспечиваются лекарственными препаратами на весь период пребывания в Центре за счет средств родителей (законных представителей).

Дети, нуждающиеся в сопровождении, имеющие диагноз энурез, энкопрез, обеспечиваются памперсами за счет родителей (законных представителей) на весь курс реабилитации.

Дети обеспечиваются родителями (законными представителями) одеждой по сезону (с учетом расположения Центра у подножия гор и горной реки Подкумок), предметами личной гигиены, нижним бельем, спортивной формой и обувью.

8. Центр вправе при выявлении в день заезда противопоказаний у ребенка или сопровождающего его родителя (законного представителя) отказать в приеме на обслуживание в Центре. В данном случае Центр в срок не позднее одного дня в письменной форме информирует орган соцзащиты, выдавший направление в Центр, об отказе в приеме на обслуживание с указанием причины отказа.

В случае возникновения спорных вопросов о наличии противопоказаний у ребенка или сопровождающего его лица, решение принимается директором Центра (лицом, его замещающим) после согласования с министерством в день заезда.

9. Досрочный выезд из Центра осуществляется на основании решения директора Центра, принятого по результатам рассмотрения письменного заявления родителя (законного представителя) с указанием причин досрочного отъезда. При подаче заявления директору Центра родитель (законный представитель) предъявляет паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность.

10. В случае систематического нарушения правил пребывания, в том числе выявления фактов употребления спиртных напитков и наркотических средств детьми или родителями (законными представителями) во время нахождения в Центре, администрация Центра вправе прервать пребывание в Центре ребенка или ребенка с сопровождающим лицом.

Факт нарушения фиксируется актом, составленным комиссионно в установленном порядке, на основании которого директором Центра (лицом, его замещающим) принимается решение об отчислении нарушителя из Центра. Копия решения направляется в орган соцзащиты, выдавший направление в Центр.

11. В случае, если родители (законные представители) детей поручают другим лицам сопровождать ребенка во время реабилитации в Центре и (или) забрать своего ребёнка из Центра, необходимо:

оформить доверенность;

представить заверенные в установленном порядке копии паспорта родителя (законного представителя), выдавшего доверенность, и доверенного лица.

Доверенность и ксерокопии паспортов родителей (законных представителей) и доверенного лица могут быть заверены руководителем органа соцзащиты, выдавшего направление ребенку, либо в администрации муниципального образования по месту жительства родителей (законных представителей) ребенка.

12. Социальные услуги в Центре оказываются бесплатно:

1) несовершеннолетним детям;

2) лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных (межэтнических) конфликтов.

Услуги сопровождающим лицам, не отнесенным к категории, указанной в подпункте 2 настоящего пункта, оказываются за плату или частичную плату в соответствии с частью 3 статьи 32 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Размер платы за предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, утвержденных министерством, и составляет не более семидесяти пяти процентов среднедушевого дохода получателя социальных услуг, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 г. № 1075 «Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно».

13. При выбытии ребенка из Центра родителю (законному представителю) или лицу, которому они поручают забрать ребёнка из Центра, выдается выписка из реабилитационной карты ребенка и отрывной талон.

14. По возвращении ребенка из Центра родители (законные представители) предоставляют в орган соцзащиты отрывной талон направления, который хранится в личном деле ребенка.

15. В случае, если в выписке из реабилитационной карты содержатся рекомендации Центра о дальнейшей реабилитации ребенка в государственном учреждении социального обслуживания населения по месту жительства, копия выписки из реабилитационной карты предоставляется родителями (законными представителями) в указанное учреждение.

16. Один курс реабилитации в Центре составляет 21 день.

Право на направление в Центр предоставляется ребенку (либо ребенку с сопровождающим лицом) не более двух раз в календарном году.

17. Директор Центра вправе в соответствии с рекомендациями Консилиума продлить пребывание ребенка (либо ребенка с сопровождающим лицом) еще на один курс реабилитации, о чем в течение одного рабочего дня Центр письменно информирует соответствующий орган соцзащиты.

Решение о продлении курса реабилитации ребенка принимается если:

имеется существенная положительная динамика в состоянии ребенка и необходимо закрепление полученных результатов;

ребенок не сразу включился в реабилитационный процесс в силу особенностей своего состояния и не получил рекомендованный ему комплекс услуг.

В случае продления курса реабилитации он учитывается как один курс и ребенок (либо ребенок с сопровождающим лицом) в текущем календарном году могут быть направлены повторно в Центр еще на один курс реабилитации (21 день) при условии наличия рекомендаций Центра о необходимости прохождения повторного курса реабилитации и в соответствии с очередностью исходя из даты принятия на повторный учет.

18. В случае принятия решения о продлении пребывания ребенка (либо ребенка с сопровождающим лицом) в Центре в обратном талоне при выбытии ребенка из Центра делается соответствующая отметка о прохождении ребенком пролонгированного курса реабилитации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ПОКАЗАНИЯ

для направления в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» детей, не нуждающихся в сопровождении родителей (законных представителей)

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:

1. Реактивные антропатии (М.02)
2. Другие артриты (М.13).
3. Сколиоз (M41).
4. Остеохондроз позвоночника (M42).
5. Артрозы (M15-M19).
6. Кривошея (M43.6).
7. Хондропатии (M91-M94).
8. Последствия перенесенного рахита (E64.3).

Врожденные аномалии (пороки развития):

1. Врожденные деформации бедра с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности I степени (Q65).

2. [Врожденные деформации стопы](http://mkb-10.com/index.php?pid=16461)(Q66)

Болезни нервной системы:

1. Остаточные явления миелита (G04.9).
2. Легкие формы тетра- и парапареза (без ограничения самообслуживания) (G82).
3. Мигрень (G43).
4. Заикание и другие экстрапирамидные и двигательные нарушения (G25).
5. Невриты, полиневриты, плекситы, полирадикулиты в стадии ремиссии (G62).
6. Расстройства вегетативной нервной системы (G90).
7. Последствия раннего органического поражения центральной нервной системы (легкой степени) (G93).
8. Детский церебральный паралич с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности I степени (G80).

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ:

1. Гипотиреоз без психических нарушений (E01-E03).
2. Диффузный зоб I степени, эутиреоз (E01.1).
3. Низкорослость (карликовость) (E34.3).
4. Недостаточность питания алиментарного и соматического генеза (E44-E45).
5. Конституциональная высокорослость (E34.4).

Психические расстройства и расстройства поведения:

1. Легкая умственная отсталость (F70.0).
2. Астено-невротический синдром (F48).
3. Неврозы (тики) (F95).
4. Расстройства сна неорганической этиологии (F51).

Болезни глаза и его придаточного аппарата:

1. Расстройства зрения: косоглазие легкой степени (H50), миопия легкой и средней степени (H52).

Болезни уха и сосцевидного отростка:

1. Тугоухость легкой степени и средней степени (со слуховым аппаратом) (H90).

Болезни органов дыхания:

1. Вазомоторный и аллергический ринит (J30).
2. Хронический ринит, ринофарингит, фарингит (J31).
3. Хронический синусит в стадии ремиссии (J32).
4. Хронические болезни миндалин и аденоидов (J35).
5. Хронический бронхит, неуточненный, в стадии ремиссии (J42).
6. Бронхиальная астма легкой степени тяжести, с редкими приступами (внеприступный период не менее 6 месяцев) (J45).

Болезни органов пищеварения:

1. Хронический гастрит, гастродоуденит (K29).
2. Холецистит бескаменный, ремиссия (K81).
3. Дискинезия желчевыводящих путей (K82).

Болезни кожи:

1. Псориаз, кожная форма, легкой степени тяжести, период ремиссии (L40).

Последствия травм:

1. Последствия травм верхних и нижних конечностей (T92-T93).
2. Последствия черепно-мозговой травмы (без значительных двигательных нарушений, через 6 месяцев после травмы) (T90).

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

для направления в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» детей, не нуждающихся в сопровождении родителей (законных представителей)

1. Хронические заболевания в стадии обострения или нестойкой ремиссии.
2. Острые инфекционные и соматические заболевания.
3. Сахарный диабет.
4. Бронхиальная астма средней и тяжелой степени тяжести, гормонозависимые формы.
5. Судорожные припадки и их эквиваленты (эпилепсия).
6. Ограничения самообслуживания и передвижения.
7. Заболевания, требующие индивидуального постоянного ухода за больным.
8. Психические заболевания, сопровождающиеся неконтролируемым поведением.
9. Энурез, энкопрез.
10. Болезни с нарушением кишечного всасывания.
11. Девиантные формы поведения.
12. Врожденные и приобретенные пороки сердца, сопровождающиеся нарушением кровообращения.

3. ПОКАЗАНИЯ

для направления в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» детей, нуждающихся в сопровождении родителей (законных представителей)

Болезни нервной системы:

1. Детский церебральный паралич с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности II или III степени (G80).
2. Последствия раннего органического поражения центральной нервной системы средней и тяжелой степени при наличии нарушений функций организма и категорий жизнедеятельности II или III степени либо рекомендаций врача-невролога о необходимости прохождения ребенком курса реабилитации в сопровождении родителей (законных представителей) (G93).
3. Другие болезни нервной системы с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности II или III степени либо рекомендаций врача-невролога о необходимости прохождения ребенком курса реабилитации в сопровождении родителей (законных представителей) (G90-G99).

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:

1. Сколиоз II-III степени тяжести с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности II или III степени (М41).
2. Остеохондропатии после консервативного и оперативного лечения (М91-М94).
3. Деформирующий остеоартроз II-III стадии (М15-М19).
4. Другие болезни опорно-двигательного аппарата с нарушениями способности к передвижению и самообслуживанию II или III степени (M95-M99).

Врожденные аномалии (пороки развития):

1. Врожденные деформации бедра с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности II-III степени (Q65).
2. Синдром Дауна (Q90).
3. Врожденные деформации стопы с нарушениями функций организма и категорий жизнедеятельности II или III степени (Q66).

Психические расстройства и расстройства поведения:

1. Легкая умственная отсталость при наличии рекомендаций врача-психиатра о необходимости прохождения ребенком курса реабилитации в сопровождении родителей (законных представителей) (F70.0).

Последствия травм:

1. Последствия травм верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся полной или частичной утратой к самообслуживанию и передвижению (Т92-Т93).
2. Последствия черепно-мозговых травм и нейроинфекций (В91)(В94.1)

4. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

для направления в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» детей, нуждающихся в сопровождении родителей (законных представителей), и сопровождающих лиц

1. Хронические заболевания в стадии обострения или нестойкой ремиссии.
2. Острые инфекционные, паразитарные и соматические заболевания, инфекции кожи и подкожной клетчатки.
3. Сахарный диабет.
4. Бронхиальная астма средней и тяжелой степени тяжести, гормонозависимые формы.
5. Эпилептические синдромы и их эквиваленты.
6. Психические заболевания, сопровождающиеся неконтролируемым поведением.
7. Болезни с нарушением кишечного всасывания.
8. Перенесенные инфаркты и инсульты, онкологические заболевания (для родителей и законных представителей).

Руководителю органа труда и

социальной защиты населения

администрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

района (города)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, адрес родителя (законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление

Прошу Вас предоставить моему ребенку (опекаемому мною ребенку) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

направление в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок», расположенное в пос. Подкумок Предгорного района.

Ребенок является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

( категория ребенка)

проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями направления на обслуживание согласен (сна). Обязуюсь доставить ребенка в центр и забрать его после окончания срока пребывания самостоятельно.

Разрешаю органу труда и социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города) проводить проверку представленных мною сведений, получать информацию в других организациях, а также обрабатывать персональные данные мои и моего ребенка.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Руководителю органа труда и

социальной защиты населения

администрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

района (города)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, адрес родителя (законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление

Прошу Вас предоставить моему ребенку (опекаемому мною ребенку) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка )

направление в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок», расположенное в пос. Подкумок Предгорного района (в стационарное отделение реабилитации детей по типу «Мать и дитя»).

Ребенок является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(категория ребенка)

проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями направления на обслуживание согласен(сна). Обязуюсь доставить ребенка в центр и забрать его после окончания срока пребывания самостоятельно.

Сообщаю сведения о составе моей семьи и доходах членов моей семьи для исчисления среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 г. № 1075 «Об утверждении правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно», согласно приложению к настоящему заявлению.

Разрешаю органу труда и социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города) проводить проверку представленных мною сведений, получать информацию в других организациях, а также обрабатывать персональные данные мои и моего ребенка.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Руководителю органа труда и

социальной защиты населения

администрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

района (города)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, адрес родителя (законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Декларация

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

сообщаю сведения о доходах членов моей семьи для исчисления среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок», в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 г. № 1075 «Об утверждении правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно».

В состав моей семьи входят:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Ф.И.О. члена семьи | Дата  рождения | Степень  родства | Род занятий (работает, учится, находится на пенсии, не работает и др.) |
|  |  |  |  |  |

Сведения о доходах:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Вид доходов | Отметка о наличии вида доходов (имеется/не имеется) | Документ,  подтверждающий доход (либо записан со слов заявителя) | Сумма доходов за 12 месяцев, предшествующих направлению в Центр |
| 1. | Дивиденды и проценты, полученные от российской организации, а также проценты, полученные от российских индивидуальных предпринимателей и (или) иностранной организации в связи с деятельностью ее обособленного подразделения в Российской Федерации |  |  |  |
| 2. | Страховые выплаты при наступлении страхового случая, в том числе периодические страховые выплаты (ренты, аннуитеты) и (или) выплаты, связанные с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика, а также выкупные суммы, полученные от российской организации и (или) от иностранной организации в связи с деятельностью ее обособленного подразделения в Российской Федерации |  |  |  |
| 3. | Доходы, полученные от использования в Российской Федерации авторских или смежных прав |  |  |  |
| 4. | Доходы, полученные от сдачи в аренду или иного использования имущества, находящегося в Российской Федерации |  |  |  |
| 5. | Доходы от реализации: |  |  |  |
| 5.1. | недвижимого имущества, находящегося в Российской Федерации; |  |  |  |
| 5.2. | в Российской Федерации акций или иных ценных бумаг, а также долей участия в уставном капитале организаций; |  |  |  |
| 5.3. | в Российской Федерации акций, иных ценных бумаг, долей участия в уставном капитале организаций, полученные от участия в инвестиционном товариществе; |  |  |  |
| 5.4. | прав требования к российской организации или иностранной организации в связи с деятельностью ее обособленного подразделения на территории Российской Федерации; |  |  |  |
| 5.6. | иного имущества, находящегося в Российской Федерации и принадлежащего гражданину |  |  |  |
| 6. | Вознаграждение за выполнение трудовых или иных обязанностей, выполненную работу, оказанную услугу, совершение действия в Российской Федерации |  |  |  |
| 7. | Пенсии, компенсационные выплаты и ежемесячные доплаты к пенсиям |  |  |  |
| 8. | Ежемесячные выплаты неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за ребенком-инвалидом |  |  |  |
| 9. | Выплаты приемному родителю денежного вознаграждения |  |  |  |
| 10. | Выплаты, предоставляемые гражданам в качестве мер социальной поддержки в органе труда и социальной защиты населения |  |  |  |
| 11. | Пособие по безработице, а также стипендия, получаемая безработным в период прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования по направлению органов государственной службы занятости населения |  |  |  |
| 12. | Алименты, получаемые членом семьи |  |  |  |
| 13. | Стипендии, выплачиваемые несовершеннолетним детям по месту их учебы |  |  |  |
| 14. | Иные выплаты, полученные гражданином в соответствии с законодательством Российской Федерации и Ставропольского края, в зависимости от категории получателя социальных услуг *(указать, какие)* |  |  |  |
| 15. | Доходы, полученные от использования любых транспортных средств, включая морские, речные, воздушные суда и автомобильные транспортные средства, в связи с перевозками в Российскую Федерацию и (или) из Российской Федерации или в ее пределах, а также штрафы и иные санкции за простой (задержку) таких транспортных средств в пунктах погрузки (выгрузки) в Российской Федерации |  |  |  |
| 16. | Доходы, полученные от использования трубопроводов, линий электропередачи, линий оптико-волоконной и (или) беспроводной связи, иных средств связи, включая компьютерные сети, на территории Российской Федерации |  |  |  |
| 17. | Иные доходы, получаемые гражданином в результате осуществления им деятельности в Российской Федерации *(указать какие)* |  |  |  |
| 18. | Выплаты правопреемникам умерших застрахованных лиц в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обязательном пенсионном страховании |  |  |  |
| 19. | Компенсация, выплачиваемая государственным органом или общественным объединением за время исполнения государственных или общественных обязанностей |  |  |  |
| 20. | Денежное довольствие военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, таможенных органов Российской Федерации и других органов правоохранительной службы, а также дополнительные выплаты, имеющие постоянный характер, и продовольственное обеспечение (денежная компенсация взамен продовольственного пайка), установленные законодательством Российской Федерации |  |  |  |
| 21. | Денежное вознаграждение по договору об осуществлении опеки или попечительства, а также денежные выплаты по договорам ренты, пожизненного содержания с иждивением |  |  |  |

Правильность сообщенных сведений подтверждаю. Об ответственности за представление ложной информации предупрежден(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Руководителю органа труда и

социальной защиты населения

администрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

района (города)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, адрес родителя (законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление

Прошу Вас предоставить моему ребенку (опекаемому мною ребенку) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка )

направление в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок», расположенное в пос. Подкумок Предгорного района (в стационарное отделение реабилитации детей по типу «Мать и дитя»).

Ребенок является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(категория ребенка)

проживает по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями направления на обслуживание согласен(сна). Обязуюсь доставить ребенка в центр и забрать его после окончания срока пребывания самостоятельно.

Я отказываюсь от предоставления документов о доходах членов моей семьи и согласен(сна) оплачивать полную стоимость предоставляемых мне социальных услуг в Центре в соответствии с тарифами, утвержденными министерством труда и социальной защиты населения Ставропольского края.

Разрешаю органу труда и социальной защиты населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города) проводить проверку представленных мною сведений, получать информацию в других организациях, а также обрабатывать персональные данные мои и моего ребенка.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Штамп учреждения

СПРАВКА

для направления в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»

от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдана ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающему по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В том, что он(а) состоит на диспансерном учете по поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать диагнозы (основной и сопутствующий), шифр МКБ-10, группу здоровья)

Категория ребенка: ребенок-инвалид □ ребенок с ограниченными

возможностями здоровья □

ребенок нуждается/не нуждается в сопровождении

(нужное подчеркнуть)

Документ, удостоверяющий

право на получение набора

социальных услуг

(справка МСЭ) номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нахождение в ГБУСО «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок» не противопоказано.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Личная печать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

Председатель

врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ печать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

ребенка, направляемого в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направляется в сопровождении родителя (законного представителя) □

без сопровождения родителя (законного представителя) □

(нужное отметить)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, о наличии или отсутствии противопоказаний к направлению в КРЦ «Орленок»).

Заполняется врачом-педиатром.

Педиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Невролог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окулист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Оториноларинголог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ортопед\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о прививках по возрасту *либо приложить копию прививочного сертификата*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение ВК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Главный врач

лечебного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

родителя (законного представителя) ребенка, направляемого в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»

Наименование лечебного учреждения, выдавшего карту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, наличия осложнений, сведений о перенесенных заболеваниях, наличии или отсутствии противопоказаний к направлению в КРЦ «Орленок»)

Терапевт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение ВК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Главный врач

лечебного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

**ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ:**

направление органа соцзащиты;

полис обязательного медицинского страхования (подлинник);

медицинская карта (срок действия не более 6 месяцев);

справка об эпидокружении, полученная в ФФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Ставропольскому краю» (не позднее 3 суток) или справка врача-педиатра об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе;

заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи (действительно в течение 14 дней);

заключение врача-гинеколога об отсутствии заболеваний, передающихся половым путем – для девочек (действительно в течение 3 месяцев);

клинические анализы: анализ кала на яйца глистов и на энтеробиоз (действительны в течение 14 дней), общий анализ крови (действителен в течение 1 месяца), общий анализ мочи (действителен в течение 1 месяца), результаты флюорографии детям старше 15 лет (действителен в течение 1 года);

учебники по основным предметам (для детей, обучающихся в образовательных организациях);

канцелярские принадлежности;

для детей-инвалидов дополнительно - карта ИПР.

Дети, получающие постоянное или курсовое медикаментозное лечение, должны быть в обязательном порядке обеспечены лекарственными препаратами на весь период пребывания в Центре за счет средств родителей.

Необходимо наличие одежды по сезону (с учетом расположения Центра у подножия гор и горной реки Подкумок), предметов личной гигиены, нижнего белья, спортивной формы и обуви. В летний период – купальные принадлежности



***Краевой***

***реабилитационный центр для детей и***

***подростков с***

***ограниченными***

***возможностями***

***«Орленок»***

###### пос. Подкумок,

###### Предгорный район

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ**

**НАСЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

***Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания***

***«Краевой реабилитационный центр для детей и подростков***

***с ограниченными возможностями «Орленок»***

Адрес: 357371, Ставропольский край, пос. Подкумок, ул. Железнодорожная 63, тел.: (87934)- 7-46-71, (87934)-4-20-37

# НАПРАВЛЕНИЕ №\_\_\_\_

### Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Домашний адрес**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Категория ребенка**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Документ, удостоверяющий личность ребенка**: (свидетельство о рождении, паспорт) серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Справка МСЭ**: номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Социальный статус семьи** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(многодетная, неполная, опекунская, в социально опасном положении и др.)

**Ф.И.О родителя (законного представителя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата заезда в Центр:**

с «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

по «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Путь следования до Центра: автобусом Ставрополь-Кисловодск (остановка КРЦ «Орленок»)

От ст. «Ессентуки» (ж/д вокзал) до ст. Белый уголь, далее маршрутным такси

№ 104, 109 в сторону Кисловодска (остановка КРЦ «Орленок»)

Руководитель органа

социальной защиты

населения администрации

муниципального района или

городского округа

Ставропольского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

МП

Обратный талон №\_\_\_\_\_\_

***Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»***

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Продолжительность пребывания в КРЦ «Орленок» с «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ г.

по «\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_г

Основания выбытия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Курс реабилитации продлен с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_г.

Руководитель КРЦ «Орленок»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБРАТНЫЙ ТАЛОН ПОДЛЕЖИТ ВОЗВРАТУ ПО МЕСТУ ВЫДАЧИ НАПРАВЛЕНИЯ**

**В ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ**

**ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ:**

* направление органа соцзащиты;
* паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;
* декларация о доходах с приложением документов;
* полис обязательного медицинского страхования ребенка и взрослого (подлинники);
* медицинская карта ребенка и взрослого;
* заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи на ребенка и взрослого;
* справка об эпидокружении, полученная в ФФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Ставропольскому краю» (не позднее 3 суток) или справка врача-педиатра об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе;
* справка об эпидокружении, полученная в ФФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Ставропольскому краю» (срок действия 3 суток) или справка врача-терапевта об отсутствии контакта сопровождающего лица с инфекционными больными по месту жительства;
* заключение врача-гинеколога об отсутствии заболеваний, передающихся половым путем – для девочек и женщин (действительно в течение 3 месяцев);
* клинические анализы ребенка: анализ кала на яйца глистов и на энтеробиоз, общий анализ крови, общий анализ мочи, результаты флюорографии детям старше 15 лет;
* клинические анализы сопровождающего лица: анализ кала на яйца глистов и на энтеробиоз (действительны в течение 14 дней), кровь на ЭДС (действителен в течение 1 месяца), результаты флюорографии детям (действителен в течение 1 года).
* учебники по основным предметам (для детей, обучающихся в образовательных организациях);
* канцелярские принадлежности;
* для детей-инвалидов дополнительно - карта ИПР.

Дети, нуждающиеся в сопровождении, имеющие диагноз энурез, энкопрез обеспечиваются памперсами за счет средств родителей на весь курс реабилитации.

Дети, получающие постоянное или курсовое медикаментозное лечение, должны быть в обязательном порядке обеспечены лекарственными препаратами на весь период пребывания в Центре за счет средств родителей.

**Необходимо наличие одежды по сезону (с учетом расположения Центра у подножия гор и горной реки Подкумок), предметов личной гигиены, нижнего белья, спортивной формы и обуви. В летний период – купальные принадлежности**



***Краевой***

***реабилитационный центр для детей и***

***подростков с***

***ограниченными***

***возможностями***

***«Орленок»***



###### п. Подкумок,

###### Предгорный район

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ**

**НАСЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

***Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания***

***«Краевой реабилитационный центр для детей и подростков***

***с ограниченными возможностями «Орленок»***

Адрес: 357371, Ставропольский край, пос. Подкумок, ул. Железнодорожная 63, тел.: (87934)- 7-46-71, (87934)-4-20-37

# НАПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА №\_\_\_\_

### Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Домашний адрес**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Документ, удостоверяющий личность ребенка**: (свидетельство о рождении) серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Справка МСЭ**: номер \_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Социальный статус семьи** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(многодетная, неполная, опекунская, в социально опасном положении и др.)

**Ф.И.О родителя (законного представителя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя)** паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата заезда в Центр:**

с «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

по «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Путь следования до Центра: автобусом Ставрополь-Кисловодск (остановка КРЦ «Орленок»)

От ст. «Ессентуки» (ж/д вокзал) до ст. Белый уголь, далее маршрутным такси

№ 104, 109 в сторону Кисловодска (остановка КРЦ «Орленок»)

Руководитель органа

социальной защиты

населения администрации

муниципального района или

городского округа

Ставропольского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

МП

Обратный талон №\_\_\_\_\_\_

***Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок»***

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Продолжительность пребывания в КРЦ «Орленок» с «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_ г.

по «\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_г

Основания выбытия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Курс реабилитации продлен с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_г.

Руководитель КРЦ «Орленок»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБРАТНЫЙ ТАЛОН ПОДЛЕЖИТ ВОЗВРАТУ ПО МЕСТУ ВЫДАЧИ НАПРАВЛЕНИЯ**

**В ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ**

Доверенность

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (родителя, законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия, номер, когда и кем выдан, место регистрации.

настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. паспорт: серия, номер, когда и кем выдан, место регистрации доверенного лица

сопровождать во время прохождения курса реабилитации и (или) забрать из

(нужное подчеркнуть)

государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Краевой реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Орленок», расположенного в пос. Подкумок Предгорного района моего несовершеннолетнего ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., дата рождения.

Ответственность за ребёнка в дороге беру на себя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Настоящая доверенность удостоверена мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя органа труда и социальной защиты населения или администрации муниципального образования Ставропольского края.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.