

**ПРИЛОЖЕНИЕ**  
к Порядку организации работы  
государственных бюджетных учреждений  
«Комплексный центр социального обслуживания  
населения», «Центр социального  
обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов»  
муниципального района, города (городского округа)  
по определению степени мобильности  
получателя социальных услуг, по которому  
принято решение о помещении  
на стационарное социальное обслуживание

Государственное бюджетное учреждение «Центр социального обслуживания граждан  
пожилого возраста и инвалидов Бутурлинского района»  
(наименование Центра)

\_\_\_\_\_ (место составления)

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата составления)

Заключение  
о степени мобильности получателя социальных услуг, в отношении  
которого принято решение о помещении на стационарное  
социальное обслуживание

В соответствии с пунктом 5.1 Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам, утвержденного постановлением Правительства Нижегородской области от 24 декабря 2015 года №864, на основании заявления от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. №\_\_ о направлении на стационарное социальное обслуживание в стационарную организацию Комиссией в составе:

\_\_\_\_\_ определена степень мобильности получателя социальных услуг, в отношении которого принято решение о помещении на стационарное социальное обслуживание

1. Автобиографические данные лица,  
в отношении которого рассматривается вопрос  
о зачислении на стационарное социальное обслуживание

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

паспорт       свидетельство о рождении

Серия		Дата выдачи	
Номер		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	
Адрес регистрации:			
Адрес фактического места жительства:			
Контактный телефон:			

Статус инвалида:

есть, группа инвалидности:  1,  2,  3,  ребенок-инвалид

нет.

Наличие действующей индивидуальной программы реабилитации инвалида (индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида), выданной учреждением медико-социальной экспертизы:

есть, N \_\_\_\_\_, дата выдачи

Наличие вредных привычек:  нет;  есть \_\_\_\_\_

## 2. Информация о степени мобильности гражданина

Критерий	Вариант ответа	Баллы
1. Переход с кровати на стул	<input type="checkbox"/> А. Переходит самостоятельно <input type="checkbox"/> Б. Нуждается при переходе в минимальной помощи (или наблюдении) <input type="checkbox"/> В. Не встает с постели (может сидеть)	
2. Передвижение	<input type="checkbox"/> А. Может без посторонней помощи передвигаться на расстояния более 500 м <input type="checkbox"/> Б. Может пройти до 100 метров или передвигается с помощью кресла-коляски <input type="checkbox"/> В. Не может самостоятельно двигаться на расстояние более 50 метров или не способен к передвижению	
3. Подъем по лестнице	<input type="checkbox"/> А. Может подниматься самостоятельно <input type="checkbox"/> Б. Нуждается в помощи или наблюдении <input type="checkbox"/> В. Не в состоянии подниматься по лестнице самостоятельно	
Сумма баллов		

## 3. Заключение Комиссии

о степени мобильности получателя социальных услуг, в отношении которого принято решение о помещении на стационарное социальное обслуживание

---



---



---



---



---

_____	_____	/ _____ /
_____	_____	/ _____ /
_____	_____	/ _____ /
_____	_____	/ _____ /

С заключением ознакомлен (а) :

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 (дата) (подпись) (Ф.И.О.)

Даю согласие на обработку и использование моих персональных данных (моего подопечного). В целях реализации моих прав (моего подопечного) на социальное обслуживание Центр вправе осуществлять сбор, систематизацию, хранение, уточнение, использование моих персональных данных (персональных данных моего подопечного) в течение необходимого срока, за исключением размещения их в общедоступных источниках.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 (дата) (подпись) (Ф.И.О.)

---