|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение \_\_\_\_**Директору ГБУ ПНИ № 20****А.В. Бесштанько****от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о приостановлении предоставления услуг социального обслуживания**

 **совершеннолетнему недееспособному лицу**

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

 (ФИО принимающей стороны и степень родства)

прошу Вас приостановить предоставление социального обслуживания получателя социальных услуг, проживающего в ГБУ ПНИ № 20,

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

 (ФИО недееспособного получателя социальных услуг)

 на срок \_\_\_\_\_ календарных дней с « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. с временным выбытием из интерната по адресу:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**СОГЛАСИЕ**

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

 (ФИО недееспособного получателя социальных услуг)

**согласен** на временноевыбытие из ГБУ ПНИ № 20 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО принимающей стороны и степень родства)

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

**Заместитель директора**

**по лечебной части \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

Виза:

Лечащий врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение \_\_\_\_

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО**

**НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ДОМАШНЕМ ОТПУСКЕ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НЕДЕЕСПОСОБНОГО ГРАЖДАНИНА**

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

 (ФИО принимающей стороны и степень родства)

проживающий ( - ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в отношении недееспособного гражданина, проживающего в ГБУ ПНИ № 20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО совершеннолетнего недееспособного получателя социальных услуг)

**ОБЯЗУЮСЬ:**

- представить сотрудникам ГБУ ПНИ № 20 или органам опеки и попечительства доступ в жилое помещение для обследования материально-бытового положения и социальных условий проживания в отношении адреса, где планируется нахождение совершеннолетнего недееспособного лица

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

 (ФИО совершеннолетнего недееспособного гражданина)

- на время пребывания совершеннолетнего недееспособного гражданина в домашнем отпуске обеспечивать надлежащий уход и своевременное получение им медицинской помощи;

- обо всех изменениях, связанных со здоровьем и смене места нахождения совершеннолетнего недееспособного гражданина уведомить учреждение в течении 2-х часов;

- по возвращении из домашнего отпуска родственниками (или другими лицами) совершеннолетних недееспособных граждан в обязательном порядке представить справку из центра гигиены и эпидемиологии об отсутствии инфекционных заболеваний.

Уведомлен (-на), что в случае нарушения условий настоящего обязательства, мне будет отказано в последующем предоставлении домашнего отпуска

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

 (ФИО совершеннолетнего недееспособного гражданина)

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