****

**Департамент здравоохранения,**

**труда и социальной защиты населения**

**Ненецкого автономного округа**

**приказ**

от декабря 2020 г. №

г. Нарьян-Мар

О внесении изменений в Административный регламент

предоставления государственной услуги «Признание

граждан нуждающимися в социальном обслуживании

и составлению индивидуальной программы

предоставления социальных услуг уполномоченными

организациями в сфере социального обслуживания

граждан в Ненецком автономном округе»

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ
«Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 30.09.2011 г. № 216-п «О разработке и утверждении административных регламентов исполнения государственных функций и административных регламентов предоставления государственных услуг», постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 02.09.2020 № 235-п «Об утверждении Порядка признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченными организациями в сфере социального обслуживания граждан в Ненецком автономном округе ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в Административный [регламент](#P41) предоставления государственной услуги «Признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченными организациями в сфере социального обслуживания граждан в Ненецком автономном округе», утвержденный приказом Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа от 11.10.2020 № 63, согласно Приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования.

Руководитель Департамента С.А. Свиридов

Приложение

к приказу Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения

Ненецкого автономного округа

от \_\_\_\_\_\_ 2020 № \_\_\_\_\_\_

«О внесении изменений в Административный регламент предоставления государственной услуги «Признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченными организациями в сфере социального обслуживания граждан в Ненецком автономном округе»

**Изменения**

**в Административный регламент**

**предоставления государственной услуги «Признание**

**граждан нуждающимися в социальном обслуживании**

**и составлению индивидуальной программы**

**предоставления социальных услуг уполномоченными**

**организациями в сфере социального обслуживания**

**граждан в Ненецком автономном округе»**

1. Приложение 4 изложить в следующей редакции:

«Приложение 4

к Административному [регламент](#P41)у предоставления государственной услуги «Признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальных программ предоставления социальных услуг уполномоченной организацией в сфере социального обслуживания граждан в Ненецком автономном округе»

**АКТ**

**обследования условий жизнедеятельности гражданина, нуждающегося в социальном обслуживании в форме социального обслуживания на дому**

I. Общие сведения

1. Фамилия Имя Отечество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Последнее место работы (учебы, дошкольное учреждение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок переосвидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Вид пенсии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. Сведения о родственниках

1. Состав семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать: одиноко проживающий, одинокая супружеская пара, проживает с родственниками, другое)

2. Сведения о членах семьи:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Возраст | Степень родства | Социальный статус | Место работы | Адрес, телефон |
|  |  |  |  |  |  |

Обеспечение родственниками ухода: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (какие виды помощи оказывают, периодичность)

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

3. Причины, по которым родственники не могут осуществлять уход \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Есть ли проблемы или напряженная обстановка в семье? да/нет

 (нужное подчеркнуть)

III. Условия проживания

1. Жилищные условия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (отдельная квартира, комната в коммунальной квартире, в общежитии, гостиничного типа, частный дом)

2. Коммунальные удобства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать наличие центрального отопления, водопровода, горячей воды, канализации и т.д.)

3. Санитарно-гигиенические условия проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать: хорошие, удовлетворительные, плохие)

IV. Способность к самообслуживанию

1. Определение способности к самообслуживанию

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Виды повседневной деятельности | Оценка |
| может самостояте-льно\* | частично может\* | самостояте-льно не может\* |
| 1. | Уборка квартиры (мытье окон, пола, стирка белья и т.д.) |  |  |  |
| 2. | Покупка продуктов питания (ходит в магазин, передвигается по лестнице, переносит продукты и т.д.) |  |  |  |
| 3. | Пользование общественным транспортом |  |  |  |
| 4. | Приготовление пищи |  |  |  |
| 5. | Прием ванны и душа |  |  |  |
| 6. | Одевание и раздевание |  |  |  |
| 7. | Пользование туалетом |  |  |  |
| 8. | Пользование судном |  |  |  |
| 9. | Способность сидеть в постели, вставать с кровати |  |  |  |
| 10. | Прием пищи |  |  |  |

\* нужное отметить

2. Определение способности самостоятельного передвижения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Виды повседневной деятельности | Оценка |
| может самостоятельно\* | частично может\* | самостоятельно не может\* |
| 1. | Внутри помещения |  |  |  |
| 2. | При входе в дом и выходе из дома |  |  |  |
| 3. | Спуск, подъем по лестнице |  |  |  |
| 4. | С помощью лифта |  |  |  |
| 5. | Вне помещения |  |  |  |
| 6. | На личном транспорте |  |  |  |

\* нужное отметить

3. Используемые вспомогательные средства передвижения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (костыли, ходунки, трости, кресло-коляска, др.)

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

V. Дополнительные сведения

1. Причины обращения о приеме на социальное обслуживание на дому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

2. Вредные привычки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (имеет ли место злоупотребление алкоголем, наркотиками, проводилось ли лечение)

3. Другие сведения, которые гражданин хочет сообщить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Все сведения, изложенные в настоящем акте, представлены мною в добровольном порядке и соответствуют действительности.

Личная подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

VI. Заключение комиссии по итогам обследования

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

(краткое обоснование заключения)

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

VII. Перечень необходимых социальных услуг

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

(указать наименование услуги и кратность проведения)

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

Должности и подписи лиц, проводивших обследование:

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

 (должность работника социального учреждения) (подпись) (расшифровка подписи)

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

 (должность работника социального учреждения) (подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.».

2. Приложение 5 изложить в следующей редакции:

«Приложение 5

к Административному [регламент](#P41)у предоставления государственной услуги «Признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальных программ предоставления социальных услуг уполномоченной организацией в сфере социального обслуживания граждан в Ненецком автономном округе»

**АКТ**

**обследования условий жизнедеятельности гражданина, нуждающегося
в социальном обслуживании в полустационарной форме социального обслуживания**

1. Общие сведения

1. Фамилия Имя Отечество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Последнее место работы (учебы, дошкольное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ срок переосвидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Вид пенсии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сведения о родственниках

1. Состав семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать: одиноко проживающий, одинокая супружеская пара, проживает с родственниками, другое)

2. Сведения о членах семьи:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Возраст | Степень родства | Социальный статус | Место работы | Адрес, телефон |
|  |  |  |  |  |  |

1. Условия проживания

1. Жилищные условия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (отдельная квартира, комната в коммунальной квартире, в общежитии, гостиничного типа, частный дом)

2. Коммунальные удобства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать наличие центрального отопления, водопровода, горячей воды, канализации и т.д.)

3. Санитарно-гигиенические условия проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать: хорошие, удовлетворительные, плохие)

4. Наличие предметов первой необходимости, одежды, продуктов питания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. Способность к самообслуживанию

1. Определение способности к самообслуживанию

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Виды повседневной деятельности | Оценка |
| может самостояте-льно\* | частично может\* | самостояте-льно не может\* |
| 1. | Уборка квартиры (мытье окон, пола, стирка белья и т.д.) |  |  |  |
| 2. | Покупка продуктов питания (ходит в магазин, передвигается по лестнице, переносит продукты и т.д.) |  |  |  |
| 3. | Пользование общественным транспортом |  |  |  |
| 4. | Приготовление пищи |  |  |  |
| 5. | Прием ванны и душа |  |  |  |
| 6. | Одевание и раздевание |  |  |  |
| 7. | Пользование туалетом |  |  |  |
| 8. | Пользование судном |  |  |  |
| 9. | Способность сидеть в постели, вставать с кровати |  |  |  |
| 10. | Прием пищи |  |  |  |

\* нужное отметить

2. Определение способности самостоятельного передвижения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Виды повседневной деятельности | Оценка |
| может самостоятельно\* | частично может\* | самостоятельно не может\* |
| 1. | Внутри помещения |  |  |  |
| 2. | При входе в дом и выходе из дома |  |  |  |
| 3. | Спуск, подъем по лестнице |  |  |  |
| 4. | С помощью лифта |  |  |  |
| 5. | Вне помещения |  |  |  |
| 6. | На личном транспорте |  |  |  |

\* нужное отметить

3. Используемые вспомогательные средства передвижения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (костыли, ходунки, трости, кресло-коляска, др.)

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

1. Дополнительные сведения

1. Причины обращения о приеме на социальное обслуживание в полустационарной форме:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Другие сведения, которые гражданин хочет сообщить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Все сведения, изложенные в настоящем акте, представлены мною в добровольном порядке и соответствуют действительности.

Личная подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)

1. Заключение комиссии по итогам обследования

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

(краткое обоснование заключения)

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

1. Перечень необходимых социальных услуг

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

(указать наименование услуги и кратность проведения)

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

Должности и подписи лиц, проводивших обследование:

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

 (должность работника социального учреждения) (подпись) (расшифровка подписи)

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

 (должность работника социального учреждения) (подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.».

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