

Порядок и условия направления на социальную реабилитацию, абилитацию

Памятка по направлению на прохождение курса социальной реабилитации, абилитации в государственное учреждение «Центр социальной реабилитации, абилитации детей-инвалидов и инвалидов РОСТОК» (открывающаяся вкладка)

Медицинские показания для оказания социальных услуг в Центре «РОСТОК»:

ФК 2, ФК 3 ограничение способности контролировать свое поведение;

ФК 2, ФК 3 ограничение способности к самообслуживанию, при сохранении способности к самостоятельному передвижению или к передвижению с помощью ТССР;

Медицинские противопоказания для оказания социальных услуг в Центре «РОСТОК»:

ФК 4 ограничение способности контролировать свое поведение;

ФК 4 ограничение способности к самообслуживанию, и (или) полная утрата способности к самостоятельному передвижению при невозможности передвижения с помощью ТССР.

Медицинские показания для оказания социальных услуг в Центре «РОСТОК» **с сопровождающим лицом**:

ФК 3 ограничение способности к самообслуживанию, при сохранении

способности к самостоятельному передвижению или к передвижению с помощью ТССР (в ИПРА прописана нуждаемость в постоянной помощи).

Алгоритм направления на курс социальной реабилитации, абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Центр «РОСТОК»

Направление инвалида, ребенка-инвалида в Центр «РОСТОК» осуществляется комитетом по труду на основании и в период действия ИПРА и (или) рекомендации по повторному прохождению курса социальной реабилитации, абилитации, ранее выданных Центром «РОСТОК», и (или) заключения ВКК государственной организации здравоохранения.

Для прохождения курса реабилитации инвалид (его законный представитель) обращается в **территориальный центр социального обслуживания по месту регистрации** и предоставляет следующие документы:

1. Заявление;
2. Документ, удостоверяющий личность;
3. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя – в случае обращения законного представителя;
4. Удостоверение инвалида;
5. Согласие на обработку персональных данных;
6. ИПРА (при наличии);

7. Заключение ВКК городской поликлиники о наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в Центре «РОСТОК», о нуждаемости (отсутствии нуждаемости) для оказания социальных услуг в Центре «РОСТОК» с сопровождающим лицом;

8. Выписку (выписки) из медицинских документов.

При непредоставлении заявителем указанных документов, заявление не принимается

Территориальный центр социального обслуживания оформляет пакет документов, направляет его в комитет по труду, занятости и социальной защиты Мингорисполкома (далее – комитет) для выписки путевки в Центр «РОСТОК» в течении 5 рабочих дней со дня приема заявления.

При наличии свободных мест комитет в течении 3 рабочих дней со дня поступления документов оформляет путевку в Центр «РОСТОК».

При отсутствии свободных мест в Центре «РОСТОК» в течении 3 рабочих дней со дня поступления документов в комитет сотрудником территориального центра социального обслуживания населения сообщается заявителю о возможном сроке предоставления путевки.

Заявление о предоставлении социальных услуг в центре социальной реабилитации (открывающаяся вкладка):

Руководителю _____
(полное наименование
государственного

учреждения социального обслуживания)

(фамилия и инициалы руководителя)

(фамилия, собственное имя, отчество

(если таковое имеется) гражданина или
его законного представителя)

Дата рождения _____

Место жительства _____

(номер домашнего и мобильного
телефонов)

Документ, удостоверяющий личность:

(серия (при наличии), номер, дата

выдачи, наименование (код)

государственного органа, его
выдавшего)

Группа инвалидности (степень утраты
здоровья) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить в _____
(наименование центра социальной реабилитации,

абилитации инвалидов для прохождения курса социальной реабилитации,
абилитации)

(форма социального обслуживания)

в сопровождении <*> _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое
имеется) сопровождающего лица)

К заявлению прилагаю: _____

_____ 20__ г.

(подпись гражданина
(его законного представителя)

Документы приняты _____ 20__ г.

(фамилия, собственное имя, отчество
(если таковое имеется) специалиста)

(подпись)

<*> Заполняется при определении нуждаемости в сопровождении.

