

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 26 октября 2012 г. N 942-п

О предоставлении инвалидам и детям-инвалидам реабилитационных услуг в государственных учреждениях социального обслуживания Оренбургской области

(в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области
от 02.12.2013 N 1105-п)

В целях реализации Федеральных законов от 24 ноября 1995 года [N 181-ФЗ](#) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и от 2 августа 1995 года [N 122-ФЗ](#) "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов", [Закона](#) Оренбургской области от 10 ноября 2006 года N 684/124-IV-ОЗ "О социальном обслуживании населения в Оренбургской области", развития и укрепления системы предоставления реабилитационных услуг инвалидам:

1. Утвердить [положение](#) о предоставлении реабилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в государственных учреждениях социального обслуживания Оренбургской области (приложение).

2. Финансирование расходов, связанных с предоставлением реабилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в государственных учреждениях социального обслуживания Оренбургской области, осуществлять за счет средств областного бюджета, предусмотренных министерству социального развития Оренбургской области по разделу "Социальная политика".

3. Министерству здравоохранения Оренбургской области (Семивеличенко Т.Н.) рекомендовать медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения Оренбургской области организовать работу по подготовке медицинских документов при направлении инвалида (ребенка-инвалида) в учреждение социального обслуживания для получения реабилитационной услуги в соответствии с рекомендациями индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида).
(п. 3 введен [Постановлением](#) Правительства Оренбургской области от 02.12.2013 N 1105-п)

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на вице-губернатора - заместителя председателя Правительства Оренбургской области по социальной политике Самсонова П.В.

5. Постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Губернатор
Оренбургской области
Ю.А.БЕРГ

**Положение
о предоставлении реабилитационных услуг инвалидам
и детям-инвалидам в государственных учреждениях
социального обслуживания Оренбургской области**

(в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области
от 02.12.2013 N 1105-п)

1. Положение о предоставлении реабилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в государственных учреждениях социального обслуживания Оренбургской области определяет основные принципы отбора и направления инвалидов и детей-инвалидов, нуждающихся в социальной адаптации и реабилитации, в государственные учреждения социального обслуживания Оренбургской области (далее - учреждения) для осуществления социально-средовой, социально-медицинской, социально-психологической, социокультурной реабилитации и социально-бытовой адаптации.

2. К учреждениям, оказывающим реабилитационные услуги инвалидам и детям-инвалидам, относятся:

государственное автономное учреждение социального обслуживания Оренбургской области "Реабилитационно-оздоровительный центр "Русь";

государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Оренбургской области "Реабилитационный центр для инвалидов "Бодрость" в г. Медногорске;

государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Оренбургской области "Реабилитационный центр для инвалидов "Жемчужина бора" в Бузулукском районе.

3. В учреждение принимаются:

а) инвалиды трудоспособного возраста (мужчины до 60 лет, женщины до 55 лет);

б) дети-инвалиды;

в) лица, сопровождающие инвалидов I группы и детей-инвалидов.

4. Реабилитационные услуги предоставляются в следующих режимах:

стационарный (круглосуточное пребывание);

амбулаторный (дневное пребывание).

5. Условиями для направления инвалида, ребенка-инвалида на реабилитацию являются наличие:

а) регистрации по месту жительства (пребывания) на территории Оренбургской области;

б) индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) с мероприятиями по социальной реабилитации;

в) заключения врачебной комиссии об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

6. Прием инвалидов, детей-инвалидов в учреждение осуществляется в порядке очередности, но не чаще одного раза в год. Проезд к месту реабилитации и обратно осуществляется за счет средств инвалида.

7. Перечень противопоказаний к направлению инвалида в государственные учреждения социального обслуживания области на прохождение курса реабилитации:

а) все заболевания в остром периоде;

б) соматические заболевания, требующие лечения в условиях медицинского

стационара;

- в) острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;
- г) бациллоносительство дифтерии и кишечных инфекционных заболеваний;
- д) все заразные и паразитарные заболевания кожи и глаз;
- е) злокачественные новообразования (III и IV стадий), злокачественная анемия, лейкопения, состояние менее 6 месяцев после оперативного лечения;
- ж) амилоидоз внутренних органов;
- з) туберкулез легких и других органов;
- и) судорожные припадки и их эквиваленты, патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации;
- к) психические заболевания, наркомания, эпилепсия, хронический алкоголизм;
- л) последствия травм позвоночника, повреждения спинного мозга с тяжелой формой тетра и парапареза, с нарушениями функции тазовых органов;
- м) состояние менее 8 месяцев после травмы или нейрохирургической операции;
- н) легочно-сердечная недостаточность (II и выше стадий);
- о) заболевания, сопровождающиеся частыми тяжелыми приступообразными обострениями;
- п) состояние менее 8 месяцев после перенесенных инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта).

8. Для получения реабилитационной услуги инвалид или представитель инвалида (ребенка-инвалида) обращается в комплексный центр социального обслуживания населения по месту жительства (далее - КЦСОН) с **заявлением** по форме согласно приложению N 1 к настоящему Положению.

К заявлению прилагаются:

- копия паспорта (свидетельства о рождении) или иного документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;
- копия документа, подтверждающего инвалидность;
- копия индивидуальной программы реабилитации инвалида, ребенка-инвалида;
- выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (по форме N 027/у), выданная не ранее чем за месяц до подачи заявления;
- заключение врачебной комиссии об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг (если у пациента имеются в анамнезе нервно-психические расстройства, то необходимо иметь заключение психоневрологического диспансера (психиатра) об отсутствии противопоказаний пребывания в реабилитационном центре).

Для формирования в учреждении заезда спортсменов-инвалидов в КЦСОН направляется ходатайство председателя региональной общественной организации "Оренбургская областная федерация спорта для людей с ограниченными возможностями" (далее - общественная организация) с приложением:

- копии спортивного паспорта или документа, подтверждающего занятие спортом (зачетная классификационная книжка спортсмена, удостоверение к спортивным званиям, удостоверение к спортивным разрядам);
- копии паспорта (копии свидетельства о рождении) или иного документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;
- копии документа, подтверждающего инвалидность;
- копии индивидуальной программы реабилитации инвалида, ребенка-инвалида;
- выписки из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (по форме N 027/у), выданная не ранее чем за месяц до подачи заявления;
- заключения врачебной комиссии об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг (если у пациента имеются в анамнезе нервно-психические расстройства, то необходимо иметь заключение психоневрологического диспансера (психиатра) об отсутствии противопоказаний

пребывания в реабилитационном центре).

В случае сопровождения ребенка лицом, не являющимся родителем, опекуном, попечителем, необходимо иметь письменное согласие вышеуказанных лиц на его сопровождение.

Копии представленных документов заверяются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

9. КЦСОН в течение 10 рабочих дней (после поступления всех документов, перечисленных в [пункте 8](#) настоящего Положения) принимает решение о направлении инвалида, ребенка-инвалида в учреждение на получение реабилитационных услуг либо об отказе в предоставлении реабилитационных услуг.

10. При решении вопроса о выборе учреждения необходимо учитывать следующие факторы:

вид деятельности;

объем реабилитационных услуг, оказываемых конкретным учреждением;

удаленность учреждения от места жительства инвалида;

необходимый режим пребывания в учреждении;

наличие элементов доступности (для колясочников).

11. Основаниями для принятия решения об отказе в предоставлении реабилитационных услуг являются:

представление неполных и (или) недостоверных сведений;

представление оформленных ненадлежащим образом документов;

отсутствие регистрации на территории Оренбургской области;

обращение за получением реабилитационных услуг чаще одного раза в год;

несоответствие гражданина категориям, установленным в [пункте 3](#) настоящего Положения.

[Решение](#) об отказе с указанием причин отказа в предоставлении реабилитационных услуг направляется КЦСОН заявителю в письменной (электронной) форме в течение 5 рабочих дней с момента принятия решения по форме согласно приложению N 2 к настоящему Положению.

После устранения причин, послуживших основанием для принятия решения об отказе в предоставлении реабилитационных услуг, заявитель вправе вновь обратиться за предоставлением реабилитационных услуг в порядке, установленном настоящим Положением.

12. После принятия решения о направлении инвалида в реабилитационный центр КЦСОН в течение 30 дней направляет [заявку](#) в учреждение по установленной форме согласно приложению N 3 к настоящему Положению.

К заявке прилагается копия выписки из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного по форме N 027/у.

13. Учреждение в течение 10 дней после поступления заявки уведомляет КЦСОН о постановке инвалида, ребенка-инвалида на учет или сообщает дату заезда.

Информирование инвалида, представителя ребенка-инвалида, председателя общественной организации о [решении](#) предоставления государственной услуги и сроке прохождения реабилитации осуществляется КЦСОН по месту жительства за 30 дней до заезда в учреждение (приложение N 4 к настоящему Положению).

14. Инвалид, представитель ребенка-инвалида вправе отказаться от получения реабилитационных услуг в государственном учреждении социального обслуживания Оренбургской области, о чем обязан уведомить КЦСОН по месту жительства в течение 5 дней со дня получения уведомления. [Отказ](#) оформляется в письменном виде с указанием причины (приложение N 5 к настоящему Положению).

15. В учреждении инвалиды и дети-инвалиды получают реабилитационные услуги, сопровождающим лицам предоставляются питание и проживание. При необходимости сопровождающим лицам могут быть предоставлены реабилитационные услуги на платной

основе (при наличии выписки из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного по форме N 027/у).

16. Учреждение в течение 10 рабочих дней по окончании проведения реабилитационных мероприятий направляет в министерство социального развития Оренбургской области (далее - министерство) список инвалидов, детей-инвалидов (с указанием детей-инвалидов, воспитывающихся в неполной семье), получивших реабилитационные услуги.

17. Ежегодно, до 1 декабря текущего года, учреждения представляют на согласование в министерство графики проведения реабилитационных мероприятий на следующий год.

Согласованный график до 20 декабря направляется в КЦСОН для организации работы.

18. Государственное задание на получение инвалидами, детьми-инвалидами реабилитационных услуг в учреждениях ежегодно формируется в соответствии с [постановлением](#) Правительства Оренбургской области от 28 февраля 2011 года N 123-п "О порядке формирования и финансового обеспечения выполнения государственного задания в отношении государственных учреждений Оренбургской области".

19. Стоимость реабилитационной услуги для инвалидов, в том числе инвалидов I группы с сопровождающим лицом, детей-инвалидов с сопровождающим лицом:

определяется министерством с учетом режима пребывания и установленных в Оренбургской области для учреждений норм питания, нормативов обеспечения мягким инвентарем, а также с учетом сложившегося в Оренбургской области уровня потребительских цен и тарифов в пределах фактического объема затрат учреждений на указанные цели;

утверждается приказом министерства на очередной календарный год.

20. При увеличении расходов учреждений, включенных в расчет стоимости реабилитационной услуги для инвалида, в том числе инвалида I группы с сопровождающим лицом, детей-инвалидов с сопровождающим лицом, министерство имеет право произвести перерасчет стоимости и внести изменения в приказ министерства не чаще чем один раз в квартал.

Приложение 1
к положению
о предоставлении
реабилитационных услуг
инвалидам и детям-инвалидам
в государственных учреждениях
социального обслуживания
Оренбургской области

Образец
заявления инвалида на получение реабилитационных услуг
в государственных учреждениях социального обслуживания
Оренбургской области

Руководителю комплексного центра
социального обслуживания населения
_____ района (города)

_____ (инициалы, фамилия)
от инвалида _____ группы

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (адрес регистрации и проживания)

_____ (контактный номер телефона)

Заявление

Прошу направить на получение реабилитационных услуг в государственное учреждение социального обслуживания Оренбургской области

_____ (наименование учреждения)

К заявлению прилагаю следующие документы:
копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;
копия индивидуальной программы реабилитации инвалида;
выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (по форме N 027/у);
копия документа, подтверждающего инвалидность;
заключение врачебной комиссии об отсутствии медицинских противопоказаний для получения реабилитационной услуги.

" ____ " _____ 20__ г.

_____ (подпись)

Расписка-уведомление заполняется специалистом КЦСОН

Заявление и документы гр. _____

_____ (инициалы, фамилия)

Регистрационный номер заявления	Дата представления документов	Подпись специалиста (расшифровка подписи)

Образец
заявления представителя инвалида I группы
или ребенка-инвалида на получение реабилитационных услуг
в государственном учреждении социального обслуживания
Оренбургской области

Руководителю комплексного центра
социального обслуживания населения
_____ района (города)

(инициалы, фамилия)

от _____
(фамилия, имя, отчество
представителя инвалида I группы
или ребенка-инвалида)

(адрес регистрации и проживания)

(номер контактного телефона)

Заявление

Прошу направить инвалида I группы (ребенка-инвалида)
_____ на получение реабилитационных услуг
(фамилия, имя, отчество)
в государственное учреждение социального обслуживания Оренбургской области

(наименование учреждения)

с сопровождающим лицом _____.

(степень родства, фамилия, имя, отчество)

К заявлению прилагаю следующие документы:
копия паспорта (свидетельства о рождении) или иного документа,
удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;
копия индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;
выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного
(по форме N 027/у);
копия документа, подтверждающего инвалидность;
заключение врачебной комиссии об отсутствии медицинских
противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

Расписка-уведомление заполняется специалистом КЦСОН

Заявление и документы гр. _____
(инициалы, фамилия)

Регистрационный номер заявления	Дата представления документов	Подпись специалиста (расшифровка подписи)

Приложение 2
к положению
о предоставлении
реабилитационных услуг
инвалидам и детям-инвалидам
в государственных учреждениях
социального обслуживания
Оренбургской области

(фамилия, имя, отчество заявителя)

(адрес проживания заявителя)

Решение
об отказе в предоставлении реабилитационной услуги

По результатам рассмотрения Вашего заявления от _____
№ _____ принято решение об отказе в предоставлении реабилитационной
услуги (постановке в очередь на получение реабилитационной услуги в
учреждении социального обслуживания области) в связи с _____.
(причина отказа)

Приложение: документы (перечень) на ___ л.

Руководитель КЦСОН _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

" ___ " _____ 20__ г.

Исполнитель _____
Номер телефона _____

Приложение 3
к положению
о предоставлении
реабилитационных услуг
инвалидам и детям-инвалидам
в государственных учреждениях
социального обслуживания
Оренбургской области

Образец
заявки, направляемой комплексным центром социального
обслуживания населения в государственное учреждение
социального обслуживания Оренбургской области

Фамилия, имя, отчество инвалида, ребенка-инвалида, направляемого в государственное учреждение социального обслуживания Оренбургской области (фамилия, имя, отчество сопровождающего лица при его наличии)	Дата рождения инвалида, ребенка-инвалида (дата рождения сопровождающего лица при его наличии)	Категория	Адрес проживания (регистрации) инвалида, ребенка-инвалида, контактный номер телефона инвалида, сопровождающего лица инвалида I группы, ребенка-инвалида	Диагнозы основного и сопутствующих заболеваний	Дата подачи заявления в КЦСОН по месту жительства	Примечание

Примечание. При направлении заявки на ребенка-инвалида, воспитывающегося в неполной семье, необходимо дополнительно указать состав семьи (например: Иванов Иван Петрович воспитывается в неполной семье, мама - Иванова Ирина Петровна).

Приложение 4
к положению
о предоставлении
реабилитационных услуг
инвалидам и детям-инвалидам
в государственных учреждениях
социального обслуживания
Оренбургской области

(фамилия, имя, отчество
заявителя)

(адрес проживания заявителя)

Решение
о предоставлении государственной услуги

На основании Вашего заявления от _____ N _____
принято решение о направлении Вас (о постановке Вас в очередь) на
прохождение курса реабилитации в _____.
(наименование учреждения)

Дата заезда _____

С собой иметь:

1) выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (по форме N 027/у), заполненную не ранее, чем за 10 - 15 дней до поступления в реабилитационный центр (с обязательным перечнем диагностических исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, реакция микропреципитации - РМП, ЭКГ, флюорография, осмотр врача дерматолога, гинеколога (женщинам), при наличии результаты дополнительных обследований и заключений узких специалистов по сопутствующему диагнозу);

2) паспорт (свидетельство о рождении);

3) страховой полис;

4) индивидуальную программу реабилитации инвалида (ребенка-инвалида);

5) справку учреждения медико-социальной экспертизы об инвалидности;

6) спортивный костюм, сменную обувь (для занятий спортом и лечебной физкультурой);

7) резиновую шапочку, купальник (плавки) и резиновые тапочки - для посещения бассейна;

8) туалетные принадлежности;

9) медикаменты, необходимые по основному заболеванию.

Для детей-инвалидов дополнительно иметь:

справку об отсутствии контактов с инфекционными больными (справка об эпидемиологическом окружении);

копию прививочного сертификата.

Руководитель КЦСОН _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

"__" "__" _____ 20__ г.

Исполнитель _____ Номер телефона _____

Приложение 5
к положению
о предоставлении
реабилитационных услуг
инвалидам и детям-инвалидам
в государственных учреждениях
социального обслуживания
Оренбургской области

Образец
заявления инвалида об отказе от получения
реабилитационных услуг в государственном учреждении
социального обслуживания Оренбургской области

Руководителю комплексного центра
социального обслуживания населения
_____ района (города)

_____ (инициалы, фамилия)
от инвалида _____ группы

_____ (фамилия, имя, отчество)
_____ (адрес регистрации и проживания)

_____ (контактный номер телефона)

Заявление

Я отказываюсь от получения реабилитационных услуг в государственном
учреждении социального обслуживания Оренбургской области по причине

_____ (указать причину отказа)

" ____ " _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

Расписка-уведомление заполняется специалистом КЦСОН

Заявление и документы гр. _____
(инициалы, фамилия)

Регистрационный номер заявления	Дата представления документов	Подпись специалиста (расшифровка подписи)

Образец
заявления представителя инвалида I группы
или ребенка-инвалида об отказе от получения
реабилитационных услуг в государственном учреждении
социального обслуживания Оренбургской области

Руководителю комплексного центра
социального обслуживания населения
_____ района (города)

(инициалы, фамилия)

от _____
(фамилия, имя, отчество,
представителя инвалида I группы
или ребенка-инвалида)

(адрес регистрации и проживания)

(контактный номер телефона)

Заявление

Я отказываюсь от получения реабилитационных услуг инвалидом I группы,
ребенком-инвалидом _____
(фамилия, имя, отчество инвалида I группы, ребенка-инвалида)
в государственном учреждении социального обслуживания Оренбургской области
по причине _____.

" ____ " _____ 20__ г.

(подпись)

Расписка-уведомление заполняется специалистом КЦСОН

Заявление и документы гр. _____
(инициалы, фамилия)

Регистрационный номер заявления	Дата представления документов	Подпись специалиста (расшифровка подписи)