

Приложение N 3  
к административному регламенту  
предоставления государственной  
услуги по признанию совершеннолетних  
граждан нуждающимися в социальном  
обслуживании и составлению  
индивидуальных программ  
предоставления социальных услуг

(рекомендуемая форма)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
врачебной комиссии  
(с участием врача-психиатра)

(наименование медицинской организации)

"\_\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ года

(фамилия, имя, отчество - при наличии гражданина)

дата рождения \_\_\_\_\_, адрес места жительства (места пребывания):  
(число, месяц, год) \_\_\_\_\_:

(область, наименование населенного пункта, наименование улицы  
(проспекта, иное), номер дома, квартиры)  
наблюдается медицинской организацией с \_\_\_\_\_ года,  
имеет следующие заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_  
(наименование заболевания (заболеваний), в том числе травмы,

наименование психического расстройства, в связи с которым  
рекомендован психоневрологический интернат)

утратил \_\_\_\_\_ способность к самообслуживанию,  
(частично или полностью)  
и по состоянию его здоровья рекомендована организация социального  
обслуживания \_\_\_\_\_.

(дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа или  
психоневрологический интернат)

Заполняется, если рекомендована стационарная организация социального  
обслуживания, предназначенная для лиц, страдающих психическими  
расстройствами (психоневрологический интернат):

(дееспособен)	(наличие/отсутствие оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным)
(недееспособен)	(способен/не способен подать лично заявление о предоставлении социальных услуг)

(наименование должности,  
лица участвовавшего  
в заключении)      (подпись)      (расшифровка подписи: фамилия, имя,  
отчество - при наличии)

(наименование должности,  
лица участвовавшего  
в заключении)      (подпись)      (расшифровка подписи: фамилия, имя,  
отчество - при наличии)

(наименование должности,  
лица участвовавшего  
в заключении)      (подпись)      (расшифровка подписи: фамилия, имя,  
отчество - при наличии)

М.П.  
(при наличии)

-----  
Заключение подписывается врачами медицинской организации, принимавшими  
участие в подготовке заключения, в том числе врачом-психиатром.