



# ПРАВИТЕЛЬСТВО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПОСТАНОВЛЕНИЕ

24.09.2015

г. Оренбург

№ 735-п

### О внесении изменений в постановление Правительства Оренбургской области от 26.10.2012 № 942-п

1. Внести в постановление Правительства Оренбургской области от 26.10.2012 № 942-п «О предоставлении инвалидам и детям-инвалидам реабилитационных услуг в государственных учреждениях социального обслуживания Оренбургской области» (в редакции постановления Правительства Оренбургской области от 02.12.2013 № 1105-п) следующие изменения:

1.1. В наименовании, пунктах 1, 2 постановления слова «государственных учреждениях социального обслуживания Оренбургской области» заменить словами «организациях социального обслуживания Оренбургской области».

1.2. В преамбуле постановления слова «от 2 августа 1995 года № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», Закона Оренбургской области от 10 ноября 2006 года № 684/124-IV-ОЗ «О социальном обслуживании населения в Оренбургской области» заменить словами «от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Закона Оренбургской области от 3 октября 2014 года № 2560/729-V-ОЗ «О разграничении полномочий органов государственной власти Оренбургской области в сфере социального обслуживания граждан в Оренбургской области, внесении изменений и признании утратившими силу отдельных законодательных актов Оренбургской области».

1.3. В пункте 3 постановления слова «учреждение социального обслуживания» заменить словами «организацию социального обслуживания Оренбургской области».

1.4. Приложение к постановлению изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Губернатор



Ю.А.Берг

Приложение  
к постановлению  
Правительства области  
от 24.09.2015 № 735-п

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

1. Настоящее Положение определяет основные принципы отбора и направления инвалидов и детей-инвалидов, нуждающихся в социальной адаптации и реабилитации, в организации социального обслуживания Оренбургской области (далее – организация) для осуществления социально-средовой, социально-медицинской, социально-психологической, социокультурной реабилитации и социально-бытовой адаптации.

2. К организациям, 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 организацию 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. Условием для направления инвалида (ребенка-инвалида) на реабилитацию является 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 (о наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

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

7. Противопоказаниями к направлению инвалида (ребенка-инвалида), а также сопровождающего лица в организацию являются:

- а) все заболевания в остром периоде;
- б) соматические заболевания, требующие лечения в условиях медицинского стационара;
- в) острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;
- г) бактерионосительство дифтерии и кишечных инфекционных заболеваний;
- д) все заразные и паразитарные заболевания кожи и глаз;
- е) злокачественные новообразования (III и IV стадий), злокачественная анемия, лейкомия, 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 тяжелыми формами тетра- и (или) парапареза, 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 (далее – заявитель) по форме согласно приложению № 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 № 027/у, выданная не ранее чем за месяц до подачи заявления;

заключение врачебной комиссии об отсутствии (о 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).

9. Для формирования заезда в организации 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 № 027/у, выданной не ранее чем за месяц до подачи заявления;

заклучения врачебной комиссии об отсутствии (о наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг (в случае 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-инвалида 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.

10. КЦСОН в течение 10 рабочих дней после поступления всех документов, указанных в пунктах 8, 9 настоящего Положения, принимает решение о направлении инвалида (ребенка-инвалида) в организацию для получения реабилитационных услуг либо об отказе в предоставлении реабилитационных услуг.

11. При решении вопроса о выборе организации необходимо учитывать следующие факторы:

а) вид деятельности организации;

б) объем реабилитационных услуг, оказываемых организацией;

в) удаленность организации от места жительства инвалида (ребенка-инвалида);

- г) необходимый режим пребывания в организации;
- д) наличие элементов доступности (для колясочников).

12. 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 в предоставлении реабилитационных услуг с указанием причин отказа направляется КЦСОН заявителю в письменной (электронной) форме в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения по форме согласно приложению № 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.

13. После принятия решения о предоставлении государственных услуг в течение 30 дней направляет в организацию заявку по форме согласно приложению № 3 к настоящему Положению.

К заявке прилагается копия выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме № 027/у.

14. Организация 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 о предоставлении государственных услуг и сроке прохождения реабилитации осуществляется КЦСОН за 30 дней до заезда в организацию (приложение № 4 к настоящему Положению).

15. Инвалид, представитель ребенка-инвалида вправе отказаться от получения реабилитационных услуг в организации, о чем обязаны уведомить КЦСОН в течение 5 дней со дня получения уведомления о решении о предоставлении государственных услуг. Отказ оформляется в письменном виде с указанием причины (приложение № 5 к настоящему Положению).

16. В организации инвалиды и дети-инвалиды получают реабилитационные услуги (включая питание и проживание), 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 № 027/у).

17. Организация в течение 10 рабочих дней со дня окончания проведения реабилитационных мероприятий направляет в министерство социального развития Оренбургской области (далее – министерство) список инвалидов (детей-инвалидов) (с указанием детей-инвалидов, воспитывающихся в неполных семьях), получивших реабилитационные услуги.

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

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

19. Государственное задание на получение инвалидами, детьми-инвалидами реабилитационных услуг в организациях ежегодно формируется в соответствии с постановлением Правительства Оренбургской области от 28 февраля 2011 года № 123-п «О порядке формирования и финансового обеспечения выполнения государственного задания в отношении государственных учреждений Оренбургской области».

20. Стоимость реабилитационной услуги для инвалидов, в том числе инвалидов I группы с сопровождающими лицами, детей-инвалидов с сопровождающими лицами:

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

утверждается приказом министерства на очередной календарный год.

21. При увеличении расходов организаций, включенных в расчет стоимости реабилитационной услуги для инвалидов, в том числе инвалидов I группы с сопровождающими лицами, детей-инвалидов с сопровождающими лицами, министерство имеет право производить перерасчет стоимости и вносить изменения в приказ министерства не чаще чем один раз в квартал.

Приложение № 1  
к положению о предоставлении  
реабилитационных услуг инвалидам  
и детям-инвалидам в организациях  
социального обслуживания  
Оренбургской области

Образец  
заявления инвалида на получение реабилитационных услуг в организациях  
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  
организацию социального обслуживания Оренбургской области

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

К заявлению прилагаются следующие документы:

копия \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_ (наименование документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации)

копия индивидуальной программы реабилитации инвалида;

выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного)  
больного по форме № 027/у;

копия документа, подтверждающего инвалидность;

закключение врачебной комиссии об отсутствии медицинских  
противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)  
 Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_ приняты.  
 (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 организации  
 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 организацию социального обслуживания  
 Оренбургской области \_\_\_\_\_  
 (наименование организации)

с сопровождающим лицом \_\_\_\_\_  
 (степень родства, фамилия, имя, отчество)

К заявлению прилагаются следующие документы:

копия \_\_\_\_\_;

(наименования документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации)  
 копия индивидуальной программы реабилитации инвалида I группы  
 (ребенка-инвалида);

выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного)  
 больного по форме № 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. \_\_\_\_\_ приняты.  
(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 организациях  
социального обслуживания  
Оренбургской области

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя)

\_\_\_\_\_

(адрес проживания заявителя)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Решение  
об отказе в предоставлении реабилитационных услуг

По результатам рассмотрения Вашего заявления от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
принято решение об отказе в предоставлении реабилитационных услуг  
(постановке в очередь на получение реабилитационных услуг в организации  
социального обслуживания Оренбургской) 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 организациях**  
**социального обслуживания**  
**Оренбургской области**

**Заявка**  
**в организацию социального обслуживания Оренбургской области**

Фамилия, имя, отчество инвалида, ребенка-инвалида, направляемого в организацию 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, контактные номера телефонов инвалида, сопровождающего лица инвалида I группы (ребенка-инвалида)	Диагнозы основного и сопутствующих заболеваний	Дата подачи заявления в комплексный центр социального обслуживания населения 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 организациях  
социального обслуживания  
Оренбургской области

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя)

\_\_\_\_\_

(адрес проживания заявителя)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Решение  
о предоставлении государственных услуг

На основании Вашего заявления от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
принято решение о направлении Вас (о постановке Вас в очередь) на  
прохождение курса реабилитации в \_\_\_\_\_.  
(наименование организации)

Дата заезда \_\_\_\_\_.

При себе иметь:

выписку из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по форме № 027/у, заполненную не ранее, чем за 10–15 дней до поступления в реабилитационный центр (с обязательным перечнем диагностических исследований: общий анализ крови (результаты), общий анализ мочи (результаты), сахар крови (результаты), реакция микропреципитации – РМП, ЭКГ (результаты), результаты флюорографии, осмотра врача-дерматолога, врача-гинеколога (женщинам), при наличии – результаты дополнительных обследований и заключений узких специалистов по сопутствующему диагнозу);

паспорт (свидетельство о рождении);

страховой полис;

индивидуальную программу реабилитации инвалида (ребенка-инвалида);

справку учреждения медико-социальной экспертизы об инвалидности;

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

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

туалетные принадлежности;

медикаменты, необходимые по основному заболеванию.

Для детей-инвалидов дополнительно иметь:  
справку об отсутствии контактов с инфекционными больными (справку об эпидемиологическом окружении), выданную врачом-педиатром по месту жительства;

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 организациях  
социального обслуживания  
Оренбургской области

Заявление  
об отказе от получения реабилитационных услуг в организации  
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 организации  
социального обслуживания Оренбургской области по причине \_\_\_\_\_  
(причина отказа)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)  
Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_ выданы.  
(инициалы, фамилия)

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

**Заявление**  
**об отказе от получения реабилитационных услуг в организации**  
**социального обслуживания Оренбургской области**

Руководителю комплексного центра  
 социального обслуживания населения  
 \_\_\_\_\_ района (города)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество,  
 представителя инвалида I группы  
 (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 организации социального обслуживания Оренбургской области по  
 причине \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (причина отказа)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

**Расписка-уведомление (заполняется специалистом КЦСОН)**

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_ выданы.  
 \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

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