



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Постановление Правительства Оренбургской
области от 26.10.2012 N 942-п
(ред. от 11.10.2018)

"О предоставлении инвалидам и
детям-инвалидам реабилитационных услуг в
организациях социального обслуживания
Оренбургской области"

(вместе с "Положением о предоставлении
реабилитационных услуг инвалидам и
детям-инвалидам в организациях социального
обслуживания Оренбургской области")

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 31.01.2019

ПРАВИТЕЛЬСТВО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 26 октября 2012 г. N 942-п

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

Список изменяющих документов
(в ред. Постановлений Правительства Оренбургской области
от 02.12.2013 N 1105-п, от 24.09.2015 N 735-п, от 14.12.2015 N 965-п,
от 11.10.2018 N 664-п)

В целях реализации Федеральных законов от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации", Закона Оренбургской области от 3 октября 2014 года N 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", развития и укрепления системы предоставления реабилитационных услуг инвалидам:

(в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п)

1. Утвердить [положение](#) о предоставлении реабилитационных услуг инвалидам и детям-инвалидам в организациях социального обслуживания Оренбургской области (приложение).
(в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п)

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

(в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п)

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 организацию социального обслуживания Оренбургской области для получения реабилитационной услуги в соответствии с рекомендациями индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида).

(п. 3 введен [Постановлением](#) Правительства Оренбургской области от 02.12.2013 N 1105-п; в ред. Постановлений Правительства Оренбургской области от 24.09.2015 N 735-п, от 14.12.2015 N 965-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

Приложение
к постановлению

Правительства
Оренбургской области
от 26 октября 2012 г. N 942-п

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

Список изменяющих документов
(в ред. Постановлений Правительства Оренбургской области
от 24.09.2015 N 735-п, от 14.12.2015 N 965-п, от 11.10.2018 N 664-п)

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. Решение о направлении инвалида (ребенка-инвалида), нуждающегося в социальной адаптации и реабилитации, в организацию принимается при наличии у граждан:

а) места жительства (пребывания) на территории Оренбургской области;

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

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

(п. 5 в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 11.10.2018 N 664-п)

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** по форме согласно приложению N 1 к настоящему Положению.

Инвалид или представитель инвалида (ребенка-инвалида), обратившийся с заявлением в КЦСОН, считается заявителем.

К заявлению прилагаются:

- копия документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации;
- копия документа, подтверждающего инвалидность;
- копия индивидуальной программы реабилитации и абилитации 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 (о наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг.

В случае если в анамнезе указаны нервно-психические расстройства, представляется заключение психиатра об отсутствии противопоказаний для пребывания в реабилитационном центре.

Информация о регистрации инвалида (ребенка-инвалида) по месту жительства (пребывания) запрашивается сотрудниками КЦСОН, в том числе через единую систему межведомственного электронного взаимодействия, без участия заявителя.

Заявитель вправе представить документы, подтверждающие место жительства (пребывания) инвалида (ребенка-инвалида) на территории Оренбургской области, по собственной инициативе.
(п. 8 в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 11.10.2018 N 664-п)

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 и абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
(в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 14.12.2015 N 965-п)

выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по [форме N 027/у](#), выданной не ранее чем за месяц до подачи заявления;

заключения 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;
- обращение инвалида или представителя инвалида (ребенка-инвалида) более одного раза в год;

отсутствие места жительства (пребывания) инвалида (ребенка-инвалида) на территории Оренбургской области;

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

Решение об отказе в предоставлении реабилитационных услуг с указанием причин отказа направляется КЦСОН заявителю в письменной форме и по желанию заявителя - в электронной форме в течение 5 рабочих дней со дня принятия решения по форме согласно приложению N 2 к настоящему Положению.

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

(п. 12 в ред. [Постановления](#) Правительства Оренбургской области от 11.10.2018 N 664-п)

13. После принятия решения о предоставлении государственных услуг в течение 30 дней направляет в организацию [заявку](#) по форме согласно приложению N 3 к настоящему Положению.

К заявке прилагается копия выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного по [форме N 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 N 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 N 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 N 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 N 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

Список изменяющих документов
(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области
от 14.12.2015 N 965-п)

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 и абилитации 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. _____ 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 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. _____ 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 _____ N _____
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

Список изменяющих документов
(в ред. Постановления Правительства Оренбургской области
от 14.12.2015 N 965-п)

_____ (фамилия, имя, отчество заявителя)

_____ (адрес проживания заявителя)

Решение
о предоставлении государственных услуг

На основании Вашего заявления от _____ N _____
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 N 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 и абилитации 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)