

Приложение 3
к административному регламенту
предоставления Департаментом социальной
защиты, опеки и попечительства, труда и
занятости Орловской области
государственной услуги
по направлению пожилых граждан
и инвалидов на стационарное социальное
обслуживание в дома-интернаты

А К Т

обследования материально-бытовых условий проживания

" ____ " _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Год рождения _____

3. Группа инвалидности _____

4. Адрес, занимаемая площадь, кому принадлежит, размер квартирной платы

5. Состав семьи:

№	Фамилия, имя, отчество заявителя и членов семьи	Число, месяц, год рождения	Степень родства	Место работы, должность, группа инвалидности	Размер дохода (з/платы, пенсии, пособий на детей и т.д.)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

6. Место работы, занимаемая должность до ухода на пенсию или получения инвалидности

7. Данные о состоянии здоровья, в каком лечебном учреждении проходит лечение _____

8. Степень материально-бытового обеспечения, имущественное положение (наличие подсобного хозяйства и т.п.)

9. Имеет ли детей, живущих отдельно (указать адрес и место работы)

10. Другие данные

11. Какая помощь оказана (кем и когда)

12. В чем выражается просьба заявителя

13. Выводы комиссии

14. Заключение о нуждаемости в стационарном социальном обслуживании

Подписи членов комиссии:

Руководитель учреждения

(подпись)