Директору ГУ "Психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов №2 г. Минска"

Шерметовой Э.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф И О

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации/фактического проживания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить временное выбытие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать ФИО проживающего, степень родства (член семьи, родственник, другое)

сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. (указать дату выбытия)

Дата прибытия в дом-интернат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. (указывается с целью своевременной постановки гражданина на довольствие в столовой).

Адрес места пребывания гражданина в течение всего срока временного выбытия:

Правила нахождения в домашнем отпуске мне разъяснены. Принимаю на себя все обязательства по содержанию, обеспечения надлежащего ухода за гражданином и своевременному возвращению его в дом-интернат.

**Примечание**.

* **Общий срок временного выбытия не должен превышать 3 (трёх) месяцев в календарном году.**
* **Заявление на временное выбытие должно быть написано и подано на подпись врачам не позднее, чем за 3 (три) дня до начала отпуска.**
* **Материальные расходы, связанные с пребыванием получателя социальных услуг в домашнем отпуске, несет лицо, ходатайствующее о его временном выбытии.**
* **Внимание! Денежные средства недееспособного гражданина, в виде начисляемой пенсии в период временного выбытия, лицу, понесшему материальные расходы не выплачиваются.**
* **В случае невозвращения гражданина в дом-интернат через месяц по истечении обусловленного срока временного выбытия без уважительных причин, если известно место его нахождения, гражданин подлежит отчислению из дома-интерната.**
* **Обязательным условием при возвращении гражданина из домашнего отпуска является предоставление документа организации здравоохранения об отрицательном результате тестирования на наличие коронавирусной инфекции и отсутствии контакта с инфицированным коронавирусной инфекции в течение последних 14 дней, выданного не ранее чем за 2 дня до прибытия в дом-интернат.**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Ф И О

По состоянию здоровья противопоказаний нет. Временное выбытие **разрешено**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в случае необходимости указать иное

Врач-психиатр-нарколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Зам. директора по мед.обслуж. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/