

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением Министерства
социальной защиты населения
Московской области
от «__» _____ 20__ г. № _____

Форма

(наименование Комиссии территориального структурного подразделения Министерства социальной защиты населения

Московской области по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании)

**Решение об отказе
в признании гражданина нуждающимся в социальных услугах
в полустационарной форме социального обслуживания**

«__» _____ 20__ г.

№ _____

В соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Законом Московской области от 04.12.2014 № 162/2014-ОЗ «О некоторых вопросах организации социального обслуживания в Московской области», Порядком предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в Московской области, утвержденным постановлением Правительства Московской области от ____ № _____ «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Московской области и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Московской области» (далее – Порядок), на основании пункта _____ Протокола Комиссии _____

(наименование территориального структурного подразделения Министерства

социальной защиты населения Московской области)

по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании:

р е ш е н о:

отказать гражданину(ке) _____,
(Фамилия, имя, отчество)

проживающему(ей) по адресу: _____,
(указывается адрес регистрации по месту жительства)

подавшему(ей) заявление о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания _____,
(дата подачи заявления о предоставлении социальных услуг)

в признании нуждающимся(ейся) в социальных услугах в полустационарной форме социального обслуживания по следующей(им) причине(ам)¹: _____

(указать причины отказа)

Решение об отказе в социальном обслуживании может быть обжаловано в судебном порядке.

Председатель комиссии _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

Члены комиссии:

_____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

_____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

_____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

М.П.

¹ Указываются причины отказа в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания из числа:

1) отсутствие у гражданина права на предоставление социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания ввиду отсутствия места жительства в Московской области;

2) отсутствие у гражданина обстоятельств, указанных в статье 15 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина;

3) отсутствие у гражданина обстоятельств, указанных в статье 7 Закона Московской области от 04.12.2014 № 162/2014-ОЗ «О некоторых вопросах организации социального обслуживания в Московской области», которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина;

4) письменный отказ гражданина от предоставления социальных услуг;

5) наличие у гражданина хронического алкоголизма, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных медицинских организациях;

6) непредставления гражданином документов, предусмотренных Порядком.