

Об утверждении стандарта оказания государственной услуги "Оформление документов на социальное обслуживание в государственных и негосударственных медико-социальных учреждениях"

Утративший силу

Постановление Акимата города Астаны от 13 марта 2008 года N 23-295п. Зарегистрировано Департаментом юстиции города Астаны 31 марта 2008 года N 522. Утратило силу постановлением акимата города Астаны от 26 марта 2009 года N 06-285п

Сноска. Утратило силу постановлением акимата города Астаны от 26.03.2009 N 06-285п

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 июня 2007 года N 558 "Об утверждении Типового стандарта оказания государственной услуги", в целях повышения качества оказания государственных услуг акимат города Астаны **ПОСТАНОВЛЯЕТ** :

1. Утвердить прилагаемый стандарт оказания государственной услуги "Оформление документов на социальное обслуживание в государственных и негосударственных медико-социальных учреждениях" (далее - государственная услуга), предоставляемой Департаментом занятости и социальных программ города Астаны (далее - Департамент).

2. Департаменту обеспечить опубликование утвержденного стандарта государственной услуги в средствах массовой информации городского значения, в том числе ежегодно утверждаемых значений показателей качества и доступности ;

в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, и до 15 декабря каждого отчетного года обеспечить предоставление ежеквартальной и годовой отчетности по достижению целевых значений показателей качества и доступности в отдел мониторинга государственных услуг аппарата Акима города Астаны.

3. Департаменту обеспечить государственную регистрацию данного постановления в органах юстиции.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на первого заместителя Акима города Астаны Султанова Е.Х.

5. Настоящее постановление вступает в силу со дня государственной регистрации в органах юстиции и вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня первого официального опубликования.

Аким
У т в е р ж д е н
п о с т а н о в л е н и е м а к и м а т а
г о р о д а А с т а н ы
о т 13 м а р т а 2008 г о д а
N 23-295п

**С т а н д а р т
оказания государственной услуги
"Оформление документов на социальное обслуживание
в государственных и негосударственных медико-социальных учреждениях"**

1. Общие положения

1. Данный стандарт определяет порядок оказания государственной услуги по оформлению документов на социальное обслуживание в государственных и негосударственных медико-социальных учреждениях (далее - МСУ) (далее - государственная услуга).

2. Форма оказываемой государственной услуги не автоматизированная.

3. Государственная услуга оказывается в соответствии с пунктом 11 главы 3 Типовых Правил социального обслуживания в государственных медико-социальных учреждениях и негосударственных медико-социальных организациях для престарелых и инвалидов общего типа; пунктом 8 главы 3 Типовых Правил социального обслуживания в психоневрологических медико-социальных учреждениях; пунктом 8 главы 3 Типовых Правил социального обслуживания в детских психоневрологических медико-социальных учреждениях, утвержденных приказом и.о. Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 1 декабря 2005 года N 306-п "Об утверждении Типовых Правил социального обслуживания" (зарегистрирован в реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Министерства юстиции Республики Казахстан 23 декабря 2005 года N 3985).

4. Государственная услуга оказывается отделом координации деятельности социальных учреждений Государственного учреждения "Департамент занятости и социальных программ города Астаны" (далее - Департамент), город Астана, улица Иманбаевой, 68 а, кабинет 5.

5. Результатом оказываемой государственной услуги является оформление документов на социальное обслуживание в государственных и негосударственных медико-социальных учреждениях.

6. Государственная услуга оказывается гражданам Республики Казахстан, постоянно проживающим в Республике Казахстан иностранцам и лицам без гражданства, являющимся одинокими престарелыми, инвалидами 1 и 2 групп по общему заболеванию, инвалидами 1 и 2 групп нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и медицинском обслуживании (далее - **п о т р е б и т е л и**) .

7. Сроки ограничений по времени при оказании государственной услуги:

- 1) решение об определении либо об отказе в определении в МСУ принимается в течение трех рабочих дней со дня подачи заявления;
- 2) максимально допустимое время ожидания в очереди при сдаче необходимых документов - 20 минут;
- 3) максимально допустимое время ожидания в очереди при получении направления - 20 минут.

8. Оказание государственной услуги бесплатное.

9. Полная информация о порядке оказания государственной услуги размещается в официальных источниках информации, на стендах, расположенных в фойе Департамента, а также сайте Акима города Астаны: [www . a s t a n a . k z](http://www.astana.kz) .

10. Государственная услуга предоставляется ежедневно, за исключением субботы, воскресенья и праздничных дней с 9.00 до 18.00 часов.

Прием документов осуществляется с 9.00 до 13.00 часов.

Для получения государственной услуги предварительная запись и ускоренное обслуживание не осуществляется.

11. Государственная услуга предоставляется в кабинете 5, который оборудован окнами для приема потребителей, стойкой и столом для заполнения бланков, сидениями для ожидания очереди. Здание оборудовано пандусом для лиц с ограниченными возможностями.

2. Порядок оказания государственной услуги

12. Для получения государственной услуги к заявлению согласно приложениям 1 -3 к настоящему стандарту в зависимости от вида МСУ прилагаются следующие документы:

- 1) копия удостоверения личности;
- 2) копия свидетельства о рождении ребенка (для детей-инвалидов);
- 3) копия решения суда о признании гражданина недееспособным (для

оформления в психоневрологическое МСУ);

4) выписка из индивидуальной программ реабилитации инвалида, заключение медико-социальной экспертизы Департамента Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по городу Астане о группе инвалидности (для инвалидов) (адрес: улица Иманбаевой, 68 а. График приема: рабочие дни с 9.00 до 18.00, телефон 21-93-66);

5) заключение психолого-медико-педагогической консультации (для детей-инвалидов) - определение вида социальной реабилитации (адрес: город Астана, улица Желтоксан, 13, график приема граждан: рабочие дни с 9.00 до 16.00 часов, телефон: 32-48-92);

6) пенсионное удостоверение, которое выдается РГКП "Государственный центр по выплате пенсий по городу Астане" Министерства труда и социальной защиты Республики Казахстан (адрес: город Астана, улица Иманбаевой, 68 а, график приема: в рабочие дни с 9.00 до 16.00, телефон: 21-62-19);

7) медицинская карта согласно приложениям 4-6 к настоящему стандарту;

8) копия регистрационного номера налогоплательщика (РНН);

9) копия социального индивидуального кода (СИК);

10) выписка из амбулаторной карты;

11) лицевой счет в банке второго уровня (для лиц, оформляющихся в МСУ
о б щ е г о т и п а) .

13. Место выдачи формы заявлений для оказания государственной услуги - здание Департамента, город Астана, улица Иманбаевой, 68 а, кабинет 5. Специалист отдела выдает бланки заявлений и медицинских карт согласно приложениям 1-3 и 4-6 к настоящему стандарту в зависимости от вида МСУ.

14. Документы сдаются в отдел координации деятельности социальных учреждений Департамента по адресу: город Астана, улица Иманбаевой, 68 а, кабинет 5, телефон - 21-62-17.

15. При обращении потребителя со всеми необходимыми документами выдается бланк заявления, который заполняется обратившимся согласно приложениям 1-3 к настоящему стандарту в зависимости от вида МСУ.

Факт приема заявления и документов подтверждается подписью специалиста, принявшего документы, расположенной в нижней части заявления (отрывной талон), которая остается у потребителя.

16. О принятом решении об определении либо об отказе в определении в МСУ потребитель или его доверенное лицо оповещаются по телефону либо при

личном посещении отдела координации деятельности социальных учреждений Департамента, город Астана, улица Иманбаевой, 68 а, кабинет 5, телефон: 21-62-17 или получают письменный отказ согласно приложению 7 к настоящему стандарту .

17. Отказ в оформлении в МСУ производится в следующих случаях согласно приложению 7 к настоящему стандарту:

1. наличия родственников (для лиц, оформляющихся в МСУ общего типа);
2. медицинских противопоказаний.

3. Принципы работы

18. Деятельность Департамента основывается на принципах:

- 1) соблюдения Конституции и законов Республики Казахстан;
- 2) противостояния проявлениям коррупции;
- 3) неукоснительного соблюдения государственной и трудовой дисциплины;
- 4) предоставления полной информации об оказываемой государственной услуге ;
- 5) недопущения нарушения прав и свобод потребителей;
- 6) недопущения бюрократизма и волокиты при рассмотрении заявлений;
- 7) сохранности информации о содержании документов потребителей;
- 8) обеспечения конфиденциальности документов;
- 9) обеспечения сохранности полученных в установленном периоде документов ;
- 10) вежливости и корректности.

4. Результаты работы

19. Результаты оказания государственной услуги потребителям измеряются показателями качества и доступности в соответствии с приложением 8 к настоящему стандарту .

20. Целевые значения показателей качества и доступности государственных услуг, по которым оценивается работа государственного органа, учреждения или иных субъектов, оказывающих государственные услуги, ежегодно утверждаются специально созданными рабочими группами.

5. Порядок обжалования

21. При необходимости обжаловать действия (бездействия) уполномоченных должностных лиц потребитель может обратиться в Департамент, город Астана, улица Иманбаевой, 68 а, кабинет 5, начальник отдела, телефон: 21-04-92, электронный адрес: deptrud@at.kz.

22. Жалобы принимаются в письменном виде по почте либо нарочно через канцелярию Департамента, по адресу: город Астана, улица Иманбаевой 68-а, кабинет 12 .

Электронный адрес: deptrupd@at.kz.

Начальник отдела, телефон: 21-62-17, кабинет 5.

Заместитель директора, кабинет 23, телефон: 21-54-97.

Если потребитель не будет удовлетворен принятыми мерами или вопрос требует рассмотрения вышестоящей инстанцией, он может направить жалобу письменно заместителю акима города Астаны.

23. Рассмотрение жалоб, поступивших в Департамент, осуществляется в порядке и сроки, предусмотренные законодательством Республики Казахстан. При подаче жалобы потребителю выдается второй экземпляр с отметкой о п р и н я т и и .

Обращения, поданные в порядке, установленном законодательством, подлежат обязательному приему, регистрации, учету и рассмотрению. Телефон канцелярии: 21-22-61.

6. Контактная информация

24. Прием потребителей осуществляется в соответствии с установленным графиком работы Департамента.

Директор Департамента, кабинет 23. Телефон: 21-04-92, факс: 21-28-39.

График приема граждан: понедельник, среда с 14.00 до 17.00 часов.

Заместитель директора, кабинет 23, телефон: 21-54-97.

График приема граждан: ежедневно с 9.00 до 18.00 часов, обеденный перерыв с 13.00 до 14.00 часов.

Начальник отдела - кабинет 5, телефон: 21-62-17.

График работы: ежедневно с 9.00 до 18.00 часов, обеденный перерыв с 13.00 до 14.00 часов.

Графики работы отдела: прием граждан ежедневно с 9.00 до 18.00 часов, обеденный перерыв с 13.00 до 14.00 часов.

Заместитель Акима города Астаны. Адрес: город Астана, улица Бейбитшилик 11, кабинет 233. График приема граждан - согласно Регламенту работы акимата города Астаны. Телефон: 75-21-68.

Аппарат Акима города Астаны. Адрес: город Астана, улица Бейбитшилик, 11.

Сайт Акима города Астаны: www.astana.kz ;

Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, город Астана. Дом министерств, улица 35, дом 2, подъезд 6, сайт: www.Enbek.kz

25. Другая полезная информация для потребителя.

Сайт Акима города Астаны: www.astana.kz .

П р и л о ж е н и е 1

к Стандарту оказания государственной услуги

(Оформляется уполномоченным органом в области социальной защиты или учредителем)

В _____

—
(наименование уполномоченного органа в области социальной защиты или учредителя)

Оформляется на _____

— — — — —
(Ф . И . О .)

Удостоверение личности _____ N _____ выдан _____ " " _____ г.

Место прописки и проживания: _____

— — — — —
Место рождения _____

— — — — —
Дата рождения " " _____ г.

Вид и размер пособия _____

— — — — —
Категория инвалидности _____

— — — — —
Срок переосвидетельствования _____

— — — — —
Образование _____

— — — — —
Последнее место учебы (работы) _____

— — — — —
Жилищные условия _____

— — — — —
(частный дом, благоустроенная квартира, комната в общежитии и т.д.)

Наличие родственников (законных представителей) _____

— — — — —

— — — — —
(родственные отношения, возраст, социальный статус, адрес проживания)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на постоянное/временное (нужное подчеркнуть) проживание в медико-социальное учреждение для престарелых и инвалидов общего типа, т.к. нуждаюсь в постоянном постороннем уходе и социальном

о б с л у ж и в а н и и

(иные причины)

- Прилагаю следующие документы:
- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |
| 5) _____ | 6) _____ |
| 7) _____ | 8) _____ |
| 9) _____ | 10) _____ |

С условиями приема, содержания, перевода, выписки из медико-социального учреждения и правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а).

" _____ " _____ 200__ г. _____
(Ф.И.О. и подпись заявителя)

Документы принял _____ " ___ " _____ 200__ г.
(Ф.И.О., должность, подпись)

П р и л о ж е н и е 2
к С т а н д а р т у о к а з а н и я
государственной услуги

(Оформляется уполномоченным органом в области социальной защиты)

В _____
(наименование уполномоченного органа)

Оформляется на _____

— _____ (Ф.И.О. ребенка)

Свидетельство о рождении (удостоверение личности) N _____
выдан " _____ " _____ г.

Место прописки _____

—
Место рождения _____

—
Дата рождения " _____ " _____ год

Вид и размер пособия _____

Категория инвалидности _____

Срок переосвидетельствования _____

Образование _____

—
Последнее место учебы _____

Жилищные условия _____

— — (частный дом, квартира, комната в общежитии и т.д.)

Наличие родственников (законных представителей) _____

— — (родственные отношения, возраст, социальный статус, адрес проживания)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять _____ на постоянное/временное (нужное подчеркнуть) проживание в детское психоневрологическое медико-социальное учреждение, т.к. нуждается в постоянном постороннем уходе и социальном обслуживании

(иные причины)

Прилагаю следующие документы:

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |
| 5) _____ | 6) _____ |
| 7) _____ | 8) _____ |

9) _____ 10) _____

С условиями приема, содержания, перевода, выписки из детского психоневрологического медико-социального учреждения и правилами внутреннего распорядка ознакомлен (а).

" ____ " _____ 200__ г. _____

(Ф.И.О. и подпись заявителя)

Документы принял _____ " ____ " _____ 200__ г.

(Ф.И.О., должность, подпись)

П р и л о ж е н и е 3

к С т а н д а р т у о к а з а н и я

государственной услуги

(Оформляется уполномоченным органом в области социальной защиты)

В _____

(наименование уполномоченного органа)

Оформляется на _____

(Ф . И . О .)

Уд. личности N _____ выдан _____ " ____ " _____ г.

Место прописки и проживания: _____

Место рождения _____

Дата рождения " ____ " _____ ГОД

Вид и размер пособия _____

Категория инвалидности _____

Срок переосвидетельствования _____

Наличие родственников (законных представителей) _____

(родственные отношения, возраст, социальный статус, адрес проживания)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять _____ на постоянное/временное (нужное подчеркнуть) проживание в психоневрологическое медико-социальное учреждение, т.к. нуждается в постоянном постороннем уходе и социальном обслуживании

(иные причины)

Прилагаю следующие документы:

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |
| 5) _____ | 6) _____ |
| 7) _____ | 8) _____ |

9) _____ 10) _____

С условиями приема, содержания, перевода, выписки из психоневрологического медико-социального учреждения и правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а).

" _____ " _____ 200__ г. _____

(Ф.И.О. и подпись заявителя)

Документы принял _____ " _____ " _____ 200__ г.

(Ф.И.О., должность, подпись)

П р и л о ж е н и е 4

к С т а н д а р т у о к а з а н и я

государственной услуги

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

(наименование медицинской организации)

Ф.И.О. _____

Дата рождения " _____ " _____ г.

Домашний адрес _____

Медицинский осмотр

(с указанием основного и сопутствующего диагноза,

наличия осложнений, сведения о перенесенных заболеваниях)

терапевт _____

хирург _____

невропатолог _____

психиатр _____

окулист _____

отоларинголог _____

дерматовенеролог _____

П о п о к а з а н и я м :

стоматолог _____

эндокринолог _____

кардиолог _____

ортопед _____

нарколог _____

онколог _____

гинеколог _____

общий анализ мочи и крови (RW и ВИЧ) _____

анализ на кишечную группу _____

Заключение: _____

(с обоснованием о нуждаемости в постоянном постороннем уходе и социальном обслуживании)

Рекомендация о направлении в медико-социальное учреждение (организацию) для престарелых и инвалидов общего типа _____

Не подлежит направлению в медико-социальное учреждение (организацию) для престарелых и инвалидов общего типа _____

(указать причину)

М П .

Руководитель _____ медицинской
организации: _____ " _____ " _____ 200__ г.
(Ф.И.О., подпись)

П р и л о ж е н и е 5

к Стандарту оказания
государственной услуги

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

(наименование медицинской организации)

Ф.И.О. _____

Дата рождения " _____ " _____ г.

Домашний адрес _____

Медицинский осмотр
(с указанием основного и сопутствующего диагноза,
наличия осложнений, сведения о перенесенных заболеваниях)

терапевт _____

хирург _____

невропатолог _____

психиатр _____

окулист _____

отоларинголог _____

дерматовенеролог _____

По показаниям:

стоматолог _____

эндокринолог _____

кардиолог _____

ортопед _____

нарколог _____

онколог _____

гинеколог _____

общий анализ мочи и крови (RW и ВИЧ) _____

анализ на кишечную группу _____

Заключение: _____

(с обоснованием о нуждаемости в постоянном постороннем уходе и социальном обслуживании)

Рекомендации о направлении в детское психоневрологическое медико-социальное учреждение _____

Не подлежит направлению в детское психоневрологическое медико-социальное учреждение _____

(указать причину)

М П
Руководитель
медицинской организации: _____
(Ф.И.О., подпись)

" _____ " _____ 200__ г.

Приложение 6
к Стандарту оказания
государственной услуги

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

_____ (наименование медицинской организации)

Ф.И.О. _____

Дата рождения " _____ " _____ г.

Домашний адрес _____

Медицинский осмотр
(с указанием основного и сопутствующего диагноза,
наличия осложнений, сведения о перенесенных заболеваниях)

терапевт _____

хирург _____

невропатолог _____

психиатр _____

окулист _____

отоларинголог _____

дерматовенеролог _____

По показаниям:

стоматолог _____

эндокринолог _____

кардиолог _____

ортопед _____

нарколог _____

онколог _____

гинеколог _____

общий анализ мочи и крови (RW и ВИЧ) _____

анализ на кишечную группу _____

Заключение: _____

(с обоснованием о нуждаемости в постоянном постороннем уходе
и социальном обслуживании)

Рекомендация о направлении в психоневрологическое
медико-социальное учреждение _____ .

Не подлежит направлению в психоневрологическое медико-
социальное учреждение _____

(указать причину)

М . П .

Руководитель медицинской организации: _____
(Ф.И.О., подпись)

" _____ " _____ 200__ г.

П р и л о ж е н и е 7
к Стандарту оказания
государственной услуги

_____ (кому адресуется)

Доводим до сведения, что решением _____
(кем вынесено решение)

Вам отказано в оформлении в _____
(указать вид медико-социального учреждения)

в связи с _____
(указать причину отказа)

Заместитель директора Департамента

П р и л о ж е н и е 8
к Стандарту оказания
государственной услуги

Значения показателей качества и доступности

Показатели и доступности качества	Нормативное значение показателя	Целевое значение показателя в последующем году	Текущее значение показателя в отчетном году
1	2	3	4
1. Своевременность			
1.1. % (доля) случаев предоставления услуги в установленный срок с момента сдачи документа	80	75	74
1.2. % (доля) потребителей, ожидавших получения услуги в очереди не более 40 минут	100	90	90
2. Качество			
2.1. % (доля) потребителей удовлетворенных качеством процесса предоставления услуги	80	70	69
	90		70

2.2. % (доля) случаев правильно оформленных документов должностным лицом (произведенных начислений, расчетов и т.д.)		80	
3. Доступность			
3.1. % (доля) потребителей удовлетворенных качеством и информацией о порядке предоставления услуги	85	80	79
3.2. % (доля) случаев правильно заполненных потребителем документов и сданных с первого раза	60	55	51
3.3. % (доля) услуг, информации о которых доступно через Интернет	100	80	80
4. Процесс обжалования			
4.1. % (доля) обоснованных жалоб общему количеству обслуженных потребителей по данному виду услуг	0,5	0,1	0,01
4.2. % (доля) обоснованных жалоб рассмотренных и удовлетворенных в установленный срок	90	80	80
4.3. % (доля) потребителей удовлетворенных с существующим порядком обжалования	80	75	75
4.4. % (доля) потребителей, удовлетворенных сроками обжалования	80	70	70
5. Вежливость			
5.1. % (доля) потребителей удовлетворенных вежливостью персонала	85	75	74

П р и л о ж е н и е 9
к С т а н д а р т у о к а з а н и я
государственной услуги

Департамент занятости и социальных программ города Астаны
НАПРАВЛЕНИЕ N _____

Дата " _____ " _____ 200__ года.

Директору ГУ "Медико-социальное учреждение для престарелых и
и н в а л и д о в
г о р о д а _____ А с т а н ы "

Направляем на полное государственное обеспечение престарелого
(инвалида) _____

(ф.и.о., год рождения)

Перечень документов, на основании которых направлен престарелый (инвалид):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Директор Департамента

Отдел координации деятельности социальных учреждений
Департамента занятости и социальных программ
города Астаны, улица Иманбаевой, 68 а

Сообщаем, что направленный Вами по направлению N _____
(инвалид) престарелый _____
прибыл "___" _____ 200_ г. и зачислен на полное государственное
обеспечение, согласно приказу Медико-социального учреждения для
престарелых и инвалидов города Астаны N ____ от "___" _____ 200_ г.

Директор МСУ _____

(п о д п и с ь)

Бухгалтер _____

(подпись)

Примечание: корешок подлежит возврату в Департамент занятости и социальных программ на второй день после прибытия и зачисления престарелого (инвалида) на государственное обеспечение.

П р и л о ж е н и е 1 0

к С т а н д а р т у о к а з а н и я
государственной услуги

Департамент занятости и социальных программ города Астаны

НАПРАВЛЕНИЕ N _____

Дата _____ 200__ года.

Директору ГУ "Психоневрологическое медико-социальное учреждение
г о р о д а _____ А с т а н ы "

Направляем на полное государственное обеспечение инвалида _____
группы _____

(ф.и.о., год рождения)

Перечень необходимых документов прилагается (см. на обороте).

Директор Департамента

Отдел координации деятельности социальных учреждений
Департамента занятости и социальных программ
города Астаны, улица Иманбаевой, 68 а

Сообщаем, что согласно направлению N__ от "__" _____ 200__ года
инвалид _____ группы _____

(ф.и.о., год рождения)

прибыл "__" _____ 200__ г. и зачислен на полное государственное
обеспечение, согласно приказу Психоневрологического медико-социального
учреждения _____ города _____ Астаны

N _____ от "__" _____ 200__ г.

Директор МСУ

(п о д п и с ь)

Бухгалтер

(подпись)

Примечание: корешок подлежит возврату в Департамент занятости
и социальных программ после прибытия и зачисления инвалида на
государственное обеспечение в течение 7 дней.

П р и л о ж е н и е 1 1

к С т а н д а р т у о к а з а н и я
государственной услуги

Департамент занятости и социальных программ города Астаны

НАПРАВЛЕНИЕ N _____

Дата _____ 200__ года.

Директору ГУ "Детское психоневрологическое медико-социальное
учреждение _____ города _____ Астаны"

Направляем на полное государственное обеспечение ребенка-инвалида

(ф.и.о., год рождения)

Перечень необходимых документов прилагается (см. на обороте)

Директор Департамента

Отдел координации деятельности социальных учреждений

Департамента занятости и социальных программ
города Астаны, улица Иманбаевой, 68 а

Сообщаем, что согласно направлению N ___ от "___" _____ 200_года
ребенок-инвалид _____

(ф.и.о., год рождения)
прибыл "___" _____ 200__ г. и зачислен на полное государственное
обеспечение, согласно приказу Детского психоневрологического медико-
социального учреждения города Астаны N ___ от "___" _____ 200__ г.

Директор МСУ _____

(подпись)

Бухгалтер _____

(подпись)

Примечание: корешок подлежит возврату в Департамент занятости
и социальных программ после прибытия и зачисления инвалида на
государственное обеспечение в течение двух дней.