



## ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ТРУДА  
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ

### ПРИКАЗ

« 1 » июля 2022 г.

№ 628/649

**Об утверждении регламента взаимодействия при реализации государственной услуги «Подача заявления о признании нуждающимся в социальном обслуживании»**

В целях реализации государственной услуги «Подача заявления о признании нуждающимся в социальном обслуживании» **ПРИКАЗЫВАЕМ:**

1. Утвердить Регламент взаимодействия Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы в рамках реализации государственной услуги «Подача заявления о признании нуждающимся в социальном обслуживании» в части признания граждан нуждающимися в стационарном социальном обслуживании (приложение).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы **Шалыгину О.В.** и заместителей руководителя Департамента здравоохранения города Москвы: **Старшнина А.В.** и **Токарева А.С.**

Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента труда  
и социальной защиты населения  
города Москвы

Е.П. Стружак

Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы

А.И. Хрипун

## ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

к проекту совместного приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы  
«Об утверждении регламента взаимодействия при реализации  
государственной услуги «Поддача заявления о признании нуждающимся  
в социальном обслуживании»

### ПРОЕКТ ПРИКАЗА ПРЕДСТАВЛЕН:

Начальник Управления  
организации стационарного  
социального обслуживания  
Департамента труда и социальной  
защиты населения города Москвы  
**Т.И. Фирсова** \_\_\_\_\_

### ПРОЕКТ ПРИКАЗА СОГЛАСОВАН:

Заместитель руководителя  
Департамента труда и социальной  
защиты населения города Москвы,  
статс-секретарь  
**Н.В. Мазуркевич** \_\_\_\_\_

Заместитель руководителя  
Департамента труда и социальной  
защиты населения города Москвы  
**О.В. Шалыгина** \_\_\_\_\_

Заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
**А.В. Старшинин** \_\_\_\_\_

Заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
**А.С. Токарев** \_\_\_\_\_

### Исполнитель:

Консультант отдела координации  
и организации работы  
подведомственных организаций  
социального обслуживания  
Департамента труда и социальной  
защиты населения города Москвы  
**Ю.В. Посысоева** \_\_\_\_\_  
Тел.: 8-495-623-26-72

Статс-секретарь Департамента  
здравоохранения города Москвы  
**Е.Б. Радченко** \_\_\_\_\_

### Разослать:

Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы.  
Департаменту здравоохранения города Москвы.

Приложение  
к приказу Департамента труда  
и социальной защиты населения города  
Москвы и Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от « 1 » июля 2022 г. № 628/649

**РЕГЛАМЕНТ**  
**взаимодействия Департамента труда и социальной защиты**  
**населения города Москвы, Департамента здравоохранения**  
**города Москвы и медицинских организаций государственной**  
**системы здравоохранения города Москвы в рамках реализации**  
**государственной услуги «Подача заявления о признании**  
**нуждающимся в социальном обслуживании» в части признания**  
**граждан нуждающимися в стационарном социальном обслуживании**

**1. Общие положения**

1.1. Регламент взаимодействия Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (далее – ДТСЗН), Департамента здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ) и медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы (далее – медицинские организации) в рамках реализации государственной услуги «Подача заявления о признании нуждающимся в социальном обслуживании (далее – Регламент), устанавливает порядок взаимодействия ДТСЗН, ДЗМ и медицинских организаций в части подготовки и выдачи медицинской документации, необходимой для признания граждан нуждающимися в стационарном социальном обслуживании, обратившихся с заявлением, и последующей их маршрутизации.

1.2. Регламент разработан в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве» в целях осуществления обмена сведениями, подготовки и выдачи медицинской документации, необходимой для признания граждан нуждающимися в стационарном социальном обслуживании.

1.3. В целях организации взаимодействия и обеспечения исполнения Регламента в ДЗМ и ДТСЗН назначаются ответственные за взаимодействие уполномоченные должностные лица, в том числе в подведомственных учреждениях, и (или) подведомственные учреждения (далее – Уполномоченная организация).

1.3.1. В случае изменения состава уполномоченных должностных лиц, ответственных за организацию взаимодействия, ДЗМ и ДТСЗН обеспечивают информирование друг друга в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за днем изменения состава уполномоченных лиц, посредством

информационной системы московского электронного документооборота (далее – МосЭДО).

1.3.2. Уполномоченные должностные лица, определенные в подведомственных учреждениях ДЗМ и ДТСЗН, несут ответственность за соблюдение сроков, установленных Регламентом, достоверность представляемых сведений и соблюдение требований по работе с персональными данными и данными, составляющими врачебную тайну.

1.4. Задачами Регламента являются организация взаимодействия:

1.4.1. По подготовке и выдаче заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра с развернутым диагнозом, описанием текущего статуса течения психического заболевания (при наличии) (далее – заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра).

Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра выдается медицинской организацией **в срок не позднее 7 рабочих дней с даты поступления запроса** в соответствии с разделом 3 Регламента.

1.4.2. По подготовке и выдаче подробной выписки из медицинской карты по форме 027/у (далее – выписка из медицинской карты).

Выписка из медицинской карты выдается медицинской организацией **в срок не позднее 10 рабочих дней с даты поступления запроса** в соответствии с разделом 4 Регламента.

## **2. Порядок взаимодействия ДТСЗН, ДЗМ и медицинских организаций**

2.1. В случае выявления у гражданина, обратившегося с заявлением, или в отношении которого было подано законным представителем заявление о признании нуждающимся в социальном обслуживании, признаков нуждаемости в стационарном социальном обслуживании (далее – претендент), Уполномоченная организация ДТСЗН обеспечивает получение письменного согласия претендента или его законного представителя на получение от ДЗМ документов, указанных в пунктах 1.4.1 и 1.4.2 Регламента по форме согласно приложению 1 к Регламенту (далее – согласие).

2.2. ДТСЗН обеспечивает информирование претендента или его законного представителя о необходимости предоставления в Уполномоченную организацию ДТСЗН при желании претендента или его законного представителя самостоятельно организовать получение документов, указанных в пунктах 1.4.1 и 1.4.2 Регламента из медицинских организаций.

2.3. Оформление и выдача выписок из медицинских документов осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» по форме 027/у с указанием основного и сопутствующих диагнозов,



особенностей течения заболеваний, наличия состояний, влияющих на здоровье.

2.4. Уполномоченная организация ДТСЗН в срок не позднее одного рабочего дня после получения письменного согласия претендента или его законного представителя обеспечивает направление уведомления в медицинские организации о необходимости подготовки и предоставления в Уполномоченную организацию ДТСЗН необходимых документов.

2.5. Уведомление направляется в медицинские организации с использованием МосЭДО (по согласованию сторон может дублироваться посредством электронной почты медицинской организации или через курьерскую доставку).

2.6. Уведомление включает в себя следующие сведения: дата направления уведомления, ФИО претендента, номер полиса ОМС и/или номер СНИЛС, ФИО представителя Уполномоченной организации ДТСЗН, ответственного за взаимодействие.

Вместе с уведомлением Уполномоченная организация ДТСЗН направляет копию согласия претендента или его законного представителя с приложением копии документа, подтверждающего полномочия представителя Уполномоченной организации ДТСЗН.

2.7. В срок не позднее десяти рабочих дней после личного обращения претендента или его законного представителя либо получения уведомления и копии согласия претендента или его законного представителя от Уполномоченной организации ДТСЗН:

- медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия», организует подготовку протокола заседания врачебной комиссии с участием врача-психиатра;
- медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, организует подготовку выписки из медицинской карты.

2.8. В срок не позднее одного рабочего дня после подготовки документов, указанных в пунктах 1.4.1 и 1.4.2 настоящего Регламента, медицинская организация обеспечивает передачу подготовленных медицинских документов претенденту или его законному представителю либо в Уполномоченную организацию ДТСЗН.

2.9. В случае невозможности подготовки и предоставления необходимых документов по объективным причинам, в том числе смерть претендента, выбытие по иному месту жительства, изменение состояния здоровья, медицинская организация обеспечивает в срок не позднее одного рабочего дня после выявления обстоятельств, препятствующих подготовке необходимых документов, направление в Уполномоченную организацию ДТСЗН соответствующего уведомления.

2.10. Общий срок подготовки документов, указанных в пунктах 1.4.1 и 1.4.2 Регламента, не может превышать 14 рабочих дней.

### **3. Порядок оформления заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра**

3.1. Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра выдается медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия», в целях определения формы жизнеустройства претендента.

3.2. Врачебная комиссия с участием врача-психиатра проводится по месту регистрации претендента или по месту его фактического проживания.

3.3. Врачебная комиссия с участием врача-психиатра на дому проводится с учетом наличия у претендента ограничений и порядка действий медицинской организации.

3.4. Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра содержит развернутые сведения об особенностях проявления психического расстройства претендента на момент проведения врачебной комиссии, в том числе их влиянии на способности к самообслуживанию, повседневной бытовой деятельности, общению претендента, возможности проживать самостоятельно, нуждаемости в постоянной или периодической посторонней помощи и др. по форме согласно приложению 2 к Регламенту.

### **4. Порядок оформления выписки из медицинской карты**

4.1. Выписка из медицинской карты выдается медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, на основании сведений, содержащихся в первичной медицинской документации претендента на момент получения запроса.

4.2. Установленные диагнозы претендента в зависимости от кода заболевания указываются в выписке за следующие календарные периоды:

- заболевания с кодами по международной классификации болезней – С00-С97, D65-D69 – **за весь период наблюдения;**
- по остальным сведениям, отражающим состояние здоровья претендента, имеющимся в первичной медицинской документации **за последний год наблюдения претендента.**

Приложение 1  
к Регламенту взаимодействия Департамента  
труда и социальной защиты населения города  
Москвы, Департамента здравоохранения города  
Москвы и медицинских организаций  
государственной системы здравоохранения  
города Москвы в рамках реализации  
государственной услуги «Подача заявления  
о признании нуждающимся в социальном  
обслуживании»

**Согласие  
на обработку, передачу, получение и предоставление персональных  
данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

(адрес регистрации по месту жительства)  
фактически проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(адрес проживания)  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и  
выдавшем его органе)

СНИЛС \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

ОМС \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о полисе ОМС)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных  
данных» от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г.  
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю  
свое согласие на обработку Департаментом труда и социальной защиты населения  
города Москвы (далее – ДТСЗН), уполномоченным органом ДТСЗН,  
Департаментом здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ), медицинскими  
организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, (далее  
соответственно – Оператор) моих персональных данных, а также данных,  
содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, включающих: фамилию,  
имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны,  
реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС,  
СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения  
за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные при  
условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять  
персональные данные, данные, содержащие сведения, составляющие врачебную  
тайну, всеми возможными способами.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции)  
с моими персональными данными, а также с данными, содержащими сведения,  
составляющие врачебную тайну, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление,

хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование.

Во исполнение своих обязательств Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными, а также данными, содержащими сведения, составляющие врачебную тайну с использованием машинных носителей информации, в том числе по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Предоставляю право уполномоченному органу ДТСЗН в целях принятия решения о признании меня нуждающимся в стационарном социальном обслуживании запрашивать в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну.

Я разрешаю (даю согласие) медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы предоставлять, передавать мои персональные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с уведомлением уполномоченного органа ДТСЗН о необходимости подготовки и предоставления документов в целях принятия решения о признании меня нуждающимся в стационарном социальном обслуживании.

Отзыв согласия на обработку персональных данных оформляется в виде заявления в свободной форме и передается в учреждение лично, почтовой корреспонденцией (заказным письмом с уведомлением) или в электронной форме.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством: \_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

\_\_\_\_\_ (телефон)

\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты)

Подпись субъекта персональных данных /законного представителя субъекта персональных данных: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Сведения об уполномоченном лице: \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

(расшифровка подписи)

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия: \_\_\_\_\_

(наименование документа, дата документа)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Приложение 2  
к Регламенту взаимодействия Департамента  
труда и социальной защиты населения города  
Москвы, Департамента здравоохранения города  
Москвы и медицинских организаций  
государственной системы здравоохранения  
города Москвы в рамках реализации  
государственной услуги «Подача заявления  
о признании нуждающимся в социальном  
обслуживании»

**ФОРМА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ  
С УЧАСТИЕМ ВРАЧА-ПСИХИАТРА**

*(наименование медицинской организации)*

**Протокол  
заседания врачебной комиссии (подкомиссии)  
с участием врача-психиатра для определения потребности  
в стационарном социальном обслуживании**

№ \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
г.

\_\_\_\_\_  
*ФИО пациента (полностью)*

\_\_\_\_\_  
*Дата рождения (дд.мм.гггг)*

\_\_\_\_\_  
*Адрес регистрации (город, улица, дом, квартира)*

Основной диагноз \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Психическое состояние пациента на момент осмотра (расписать лекарственную  
терапию, особенности течения заболевания, отклонение поведения)\*

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

Психическое заболевание код по МКБ *(при наличии)*:

**Заключение \*\*:**

Председатель комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Члены комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Секретарь  
комиссии:

(подпись)

(расшифровка подписи)

\* Агрессия, вокализация, «фекальная стадия» и прочее.

\*\* Указываются, в том числе сведения о влиянии особенностей проявления психического расстройства на способности к самообслуживанию, повседневной бытовой деятельности, общению претендента, возможности проживать самостоятельно, нуждаемости в постоянной или периодической посторонней помощи и др.