

Директору ГБУ ПНИ №30 Лебединской О.И.

От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

(индекс, город, улица, № дома, корпус, квартира)

Паспортные данные серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

код подразделения \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_  
(домашний)

№ телефона \_\_\_\_\_  
(мобильный)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о предоставлении совершеннолетнему недееспособному лицу «домашнего отпуска»

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО принимающей стороны)

\_\_\_\_\_ прошу Вас отпустить получателя социальных  
услуг, проживающего в ГБУ ПНИ №30, \_\_\_\_\_  
(ФИО совершеннолетнего недееспособного гражданина)

\_\_\_\_\_ в отпуск на \_\_\_\_\_ дней с  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. с временным выбытием из интерната по  
адресу: \_\_\_\_\_

(индекс, город, улица, № дома, корпус, квартира)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО совершеннолетнего недееспособного гражданина)

**согласен** на временное выбытие из интерната с \_\_\_\_\_  
(ФИО принимающей стороны)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О./подпись)

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО  
НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ДОМАШНЕМ ОТПУСКЕ  
СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО  
НЕДЕЕСПОСОБНОГО ГРАЖДАНИНА**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

в отношении совершеннолетнего недееспособного гражданина

\_\_\_\_\_  
(ФИО, совершеннолетнего недееспособного гражданина)

**ОБЯЗУЮСЬ:**

- предоставить сотрудникам ГБУ ПНИ №30 или органам опеки и попечительства доступ в жилое помещение для обследования материально-бытового положения и социальных условий проживания в отношении адреса, где планируется нахождение совершеннолетнего недееспособного лица

\_\_\_\_\_  
(ФИО, совершеннолетнего недееспособного гражданина)

- на время пребывания совершеннолетнего недееспособного гражданина в домашнем отпуске обеспечивать надлежащий уход и своевременное получение им медицинской помощи;

- обо всех изменениях, связанных со здоровьем и смене места нахождения совершеннолетнего недееспособного гражданина уведомить учреждение в течение 2-х часов;

- по возвращении из домашнего отпуска родственниками (или другими лицами) совершеннолетних недееспособных граждан в обязательном порядке предоставить справки из центра гигиены и эпидемиологии об отсутствии инфекционных заболеваний.

Уведомлен, что в случае нарушений условий настоящего обязательства, мне будет отказано в предоставлении домашнего отпуска

\_\_\_\_\_  
(ФИО, совершеннолетнего недееспособного гражданина)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

Заключение врача: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_