

**ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ
ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ
ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՇՈՒՐՁՕՐՅԱ ԽՆԱՄՔԻ
ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԿԱՐԳԻՑ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻՑ ԲԽՈՂ
ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ
ՁԵՎԱԹՂԹԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ ՀՀ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ
և ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՀԱՐՑԵՐԻ ՆԱԽԱՐԱՐԻ ՀՐԱՄԱՆ**

ՆԱԽԱԳԻԾ

**ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ
ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ
ԱՆՁԱՆՑ ՇՈՒՐՁՕՐՅԱ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԿԱՐԳԻՑ ԵՎ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԻՑ
ԲԽՈՂ ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳԸ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ
ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՂԹԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Ղեկավարվելով «Սոցիալական աջակցության մասին» օրենքի ___ հոդվածի ___
մասով և Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի 2018 թվականի
հունիսի 11-ի N 700-Լ որոշման հավելվածի 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետով.

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել՝

- բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատություններում
և համայնքային փոքր տներում տարեց կամ հաշմանդամություն
ունեցող անձանց (այսուհետ՝ շահառու) շուրջօրյա խնամքի
տրամադրման կարգից և պայմաններից բխող ընթացակարգը՝
համաձայն հավելված N 1-ի.
- շահառու(ն)՝

ա. սոցիալական կարիքի գնահատման թերթիկի օրինակելի ձևաթուղթը՝
համաձայն N 2 հավելվածի,

բ. բժշկական գնևության եզրակացության օրինակելի ձևաթուղթը՝
համաձայն N 3 հավելվածի,

գ. շուրջօրյա խնամքի տրամադրման վերաբերյալ պայմանագրի օրինակելի
ձևաթուղթը՝ համաձայն N 4 հավելվածի,

դ. ներքին օգտագործման բժշկական քարտի օրինակելի ձևաթուղթը՝
համաձայն N 5 հավելվածի,

- ե. թերապիայում կամ խմբակում ընդգրկելու վերաբերյալ եզրակացության օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 6 հավելվածի,
- զ. տրամադրվող խնամքի՝ կազմակերպության ամսական հաշվետվության օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 7 հավելվածի,
- է. կարճաժամկետ բացակայության անցաթղթի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 8 հավելվածի,
- ը. ժամանակավոր դուրսգրման համար իր գրավոր դիմումի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 9 հավելվածի,
- թ. ժամանակավոր դուրսգրման համար իրեն հյուրընկալող անձի գրավոր դիմումի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 10 հավելվածի,
- ժ. ժամանակավոր դուրսգրման տեղեկանքի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 11 հավելվածի.
- ժա. խնամքի կենտրոն ժամանակավոր դուրսգրումից վերադառնալու մասին գրավոր դիմումի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 12 հավելվածի.
- ժբ. խնամքի մեկ այլ կենտրոն տեղափոխման գրավոր դիմումի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 13 հավելվածի.
- ժգ. խնամքի տրամադրման դադարեցման իր գրավոր դիմումի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 14 հավելվածի.
- ժդ. խնամքի տրամադրման դադարեցման՝ իրեն կացարանով ապահովելու ու խնամք տրամադրելու պատրաստակամություն հայտնաձև անձի գրավոր դիմումի օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 15 հավելվածի.
- ժե. խնամքի տրամադրման դադարեցման մասին կազմակերպության օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 16 հավելվածի.
- 3) հանգուցյալ շահառուի ընտանիքի անդամների կամ այլ ազգականների կողմից հուղարկավորություն կատարելու պատրաստակամության մասին օրինակելի ձևաթուղթը՝ համաձայն N 17 հավելվածի:
2. Սույն որոշումն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակման օրվան հաջորդող օրվանից:

Ն. ՄԿՐՏՉՅԱԼ

Հավելված N 1

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

ԸՆԹԱՑԱԿԱՐԳ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԴԱՇՏԴԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՎԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՇՈՒՐՁՕՐՅԱ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԿԱՐԳԻՑ ԵՎ ԴԱՅՄԱՆՆԵՐԻՑ ԲԽՈՂ

1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն ընթացակարգով կարգավորվում են 2022 թվականի նոյեմբերի 10-ի N 1744-Ն որոշմամբ (այսուհետ՝ որոշում) բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատություններում (այսուհետ՝ շուրջօրյա խնամքի կենտրոն) և համայնքային փոքր տներում (այսուհետ՝ փոքր տուն) տարեց կամ հաշմանդամություն ունեցող անձանց (այսուհետ՝ նաև շահառու) շուրջօրյա խնամքի տրամադրման կարգից և պայմաններից բխող այն ընթացակարգը, որի կիրառման մեխանիզմները որոշմամբ հստակեցված չեն:
2. Անկախ կազմակերպատիրավական ձևից, խնամքի տեսակից ու բնույթից՝ շահառուներին շուրջօրյա խնամք տրամադրող կազմակերպությունները (այսուհետ՝ կազմակերպություններ) պետք է ղեկավարվեն սույն ընթացակարգով:
3. Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության համակարգի տարեց կամ հաշմանդամություն ունեցող անձանց խնամք տրամադրող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունները չեն խոչընդոտում մշտադիտարկում իրականացնելու նպատակով հասարակական դիտորդական խմբի աշխատանքները, որոնց գործողությունները կարգավորվում են Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2018 թվականի հոկտեմբերի 16-ի N 112-Ա/1 հրամանով:
4. Կազմակերպության կողմից ելքագրվող բոլոր փաստաթղթերը ձևավորվում են կազմակերպության պաշտոնական ձևաթղթի վրա:

2. ՇԱՀԱՌՈՒԻ ԸՆԴՈՒՆՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՇՎԱՌՈՒՄԸ

5. Տարեց կամ հաշմանդամություն ունեցող անձին խնամք կարող է տրամադրվել ինչպես անձի կամ իր ներկայացուցչի գրավոր դիմումի հիման վրա՝ միասնական սոցիալական ծառայության՝ Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2023 թվականի փետրվարի 10-ի N 35-Ա/1 հրամանի պահանջներին համապատասխան միասնական սոցիալական ծառայության (այսուհետ՝ ՄՍԾ) տրամադրած ուղեգրով, այնպես էլ, ապահովելով որոշման N 1 հավելվածի 10-րդ, 36-րդ, 37-րդ կետերի կիրարկումը, կազմակերպության նախաձեռնությամբ՝ միայն ազատ տեղերի

առկայության պարագայում և ՄՍԾ տեղեկացնելով: Կազմակերպության համապատասխան լիազորություններ ունեցող աշխատողը կարող է հանդես գալ որպես խնամքի կարիք ունեցող անձի ներկայացուցիչ՝ առանց անձի լիազորագրի:

6. Կազմակերպության նախաձեռնությամբ խնամքի տրամադրման ժամանակ շուրջօրյա խնամք ստացող շահառուի ընդգրկումը ձևակերպվում է փաստացի ծառայություն ստանալու օրվանից, իսկ անձի գրավոր դիմումի հիման վրա ՄՍԾ տրամադրած ուղեգրով՝ որոշմամբ սահմանված ժամկետում անձի ներկայանալու օրվանից՝ կազմակերպության ղեկավարի հրամանով:
7. Կազմակերպությունը պատասխանատվություն չի կրում, եթե իր նախաձեռնությամբ տրամադրված խնամքի ընթացքում փաստաթղթերն ուսումնասիրելիս պարզվում է, որ անձը՝
 - հաշմանդամություն ունեցող անձ չէ կամ չի լրացել իր 65 տարին: Այս դեպքում անձն առաջին իսկ հնարավորության դեպքում ուղղորդվում է կացարանով ապահովման ծառայություն մատուցող կազմակերպություն.
 - ունի հոգեկան և վարքային խանգարումներ և շուրջօրյա խնամք է ստանում ընդհանուր տիպի կազմակերպությունում, կամ չունի հոգեկան և վարքային խանգարումներ և շուրջօրյա խնամք է ստանում մասնագիտացված կազմակերպությունում: Այս դեպքում անձն արտահերթ առաջին իսկ հնարավորության դեպքում ուղղորդվում է համապատասխան կազմակերպություն.
 - բժշկական հաստատության տված եզրակացության հիման վրա ունի օրենսդրությամբ սահմանված խնամքի տրամադրումը մերժելու հիմք հանդիսացող հիվանդություններ: Այս դեպքում անձն առաջին իսկ հնարավորության դեպքում ուղղորդվում է բժշկական հաստատություն՝ բուժման, կամ առկայության դեպքում այլ կենտրոն՝ իր խնամքի կազմակերպման նպատակով:
8. Կազմակերպությունը շուրջօրյա խնամքի տրամադրման ուղեգիրը ստանալուց հետո կամ սեփական նախաձեռնությամբ խնամքի տրամադրման օրվանից սկսած՝ սոցիալական կարիքը գնահատելուց և բժշկական զննությունից հետո անձի հետ կնքում է հրամանի N 4 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան պայմանագիր շուրջօրյա խնամքի տրամադրման վերաբերյալ:
9. Շուրջօրյա խնամքի տրամադրման վերաբերյալ պայմանագիրը անձին ներկայացվում է իրեն հասկանալի լեզվով, այնպես, որ ամբողջական, հստակ և ճշգրիտ տեղեկություններ տրամադրվեն ընկալելի կերպ՝ բժշկական միջամտությունների, դրանց նպատակների, դրանցից հրաժարվելու հնարավոր հետևանքների, ինչպես նաև հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ: Միաժամանակ, կազմակերպության իրավախորհրդատուի կողմից շահառուներին իրազեկվում է իրենց իրավունքների, տրամադրվող բժշկական և այլ ծառայությունների վերաբերյալ:
10. Անձի՝ հենաշարժական կամ առողջական այլ խնդիրներ ունենալու դեպքում շուրջօրյա խնամքի տրամադրման վերաբերյալ պայմանագիրը կարող է ստորագրվել անձի ներկայացուցչի ներկայությամբ: Անձի՝ անգործունակ ճանաչված լինելու դեպքում շուրջօրյա խնամքի

տրամադրման վերաբերյալ պայմանագիրը կնքվում է խնամակալի հետ, որը ներկայանում է կազմակերպություն շահառուի ընդունելության ժամանակ: Անգործունակ ճանաչված անձի ներկայացուցչի բացակայության պարագայում պայմանագիր չի կնքվում, քանի որ օրենսդրության համաձայն շուրջօրյա խնամքի կենտրոնը հանդիսանում է շահառուի խնամակալը:

11. Շահառուի ընդգրկումը շուրջօրյա խնամք ստացող շահառուների ցուցակում ձևակերպվում է տվյալ կազմակերպության տնօրենի կամ համակարգողի հրամանով, իսկ համապատասխան լիազորություններ ունեցող աշխատողը շահառուի տվյալները գրանցում է սոցիալական պաշտպանության ծրագրերում ընդգրկված և խնամք ստացող տարեցների և հաշմանդամների հաշվառման տեղեկատվական համակարգում, որը կարգավորվում է Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2014 թվականի մարտի 7-ի N 35-Ա/1 հրամանով:
12. Կազմակերպությունում շահառուին խնամք տրամադրվում է սոցիալ-հոգեբանական օգնության, առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման, սննդի կազմակերպման, թերապիայում և խմբակում ընդգրկման և այլ ձևերով:

3. ՇԱՀԱՌՈՒԻՆ ՍՈՑԻԱԼ-ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ

13. Կազմակերպություններում սոցիալ-հոգեբանական օգնության տրամադրումը ներառում է հետևյալ գործառույթները՝
 - բնակչության պետական ռեգիստրում հաշվառման գործընթաց՝ Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2018 թվականի մարտի 30-ի N 47-Ա/1 հրամանի պահանջներին համապատասխան.
 - սոցիալական պաշտպանության ծրագրերում ընդգրկված և խնամք ստացող տարեցների և հաշմանդամների հաշվառման տեղեկատվական համակարգի վարում.
 - սոցիալական աշխատանքի իրականացում, անհատական սոցիալական կարիքի գնահատում և յուրաքանչյուր եռամսյակ վերագնահատում՝ սույն հրամանի N 2 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան.
 - նոր միջավայրում հարմարվելուն և այլ բնույթի սոցիալ-հոգեբանական օգնության ցուցաբերում, այդ թվում՝ ոչ պակաս, քան յուրաքանչյուր շահառուին տարեկան առնվազն 8 անգամ կամ եռամսյակը 2 անգամ.
 - նախասիրությունների բացահայտում, համապատասխան տարաբնույթ ծառայությունների, միջոցառումների, ամենօրյա զբոսանքի, ազատ ժամանցի և հանգստի կազմակերպում.
 - տարատեսակ փաստաթղթերի, սոցիալական ապահովության խնդիրների լուծման հարցերում աջակցության և ուղղորդում.
 - բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման, աջակցող միջոցներով ապահովելու գործընթացի կազմակերպում.
 - անկախ կյանքի հմտությունների ձևավորում (ինքնասպասարկման, կենցաղավարման, տեղաշարժման, հաղորդակցման, ուսումնասիրության, միջանձնային և սոցիալական հարաբերություններ

ստեղծելու հմտություններ).

- սոցիալական ներառմանն ուղղված այլ միջոցառումներ, այդ թվում՝ շահառուների ընտանիքների հետ սոցիալական կապերի ամրապնդում (առկայության դեպքում) կարիքների գնահատման հիման վրա և սոցիալ-հոգեբանական աշխատանքի արդյունքում շահառուի վերադարձ ընտանիք՝ տարեկան շահառուների ընդհանուր թվի առնվազն 5%-ով.
- վերականգնողական, մասնագիտական ծառայությունների տրամադրման նպատակով այլ ստորաբաժանումների աշխատանքի համակարգում, այդ թվում՝ վերականգնողական ծառայությունների, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումների տրամադրում Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունից օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ստացված համապատասխան լիցենզիաների առկայության դեպքում ըստ անհրաժեշտության՝ դրա կարիքն ունեցող յուրաքանչյուր շահառուին՝ տարեկան առնվազն 12 անգամ կամ եռամսյակը 3 անգամ.
- հոգեբանական օգնության տրամադրում, այդ թվում՝ հոգեկան առողջության վերականգնմանն ուղղված անհատական և խմբակային ծառայություններ, համապատասխան սենյակներում կամ տաղավարներում խմբակների վարում խաղերի ու զբաղմունք ապահովող դասընթացների տեսքով, շահառուի նախասիրությունների բացահայտում անհատական և խմբային վերապատրաստումներով.
- կրթամշակութային (այդ թվում՝ գրադարանային), մարզական (այդ թվում՝ ֆիզկուլտուրայի պարապմունքների) միջոցառումների անցկացումը և ազատ ժամանցը, այդ թվում՝ յուրաքանչյուր եռամսյակ՝ առնվազն 1 մշակութային միջոցառման կազմակերպում՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կրթության, գիտության, մշակույթի և սպորտի նախարարի 2021 թվականի փետրվարի 14-ի N 162 Ա-2 և Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2020 թվականի փետրվարի 7-ի N 26-Ա/1 համատեղ հրամանին համապատասխան, և յուրաքանչյուր եռամսյակ՝ առնվազն 1 էքսկուրսիայի կազմակերպում, ապահովելով յուրաքանչյուր միջոցառմանը շահառուների ընդհանուր թվի առնվազն 80 %-ի մասնակցությունը.
- շահառուների նկատմամբ բռնության դեպքերի հայտնաբերման, կանխարգելման, համապատասխան մարմիններին իրազեկման և բռնության ենթարկված անձանց հետ սոցիալ-հոգեբանական աշխատանքների իրականացում, համապատասխան գրանցամատյանի, հաշվետվության պատրաստում Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2021 թվականի նոյեմբերի 9-ի N 171-Ա/1 հրամանի պահանջներին համապատասխան.
- ամսական հաշվետվության պատրաստում սույն հրամանի N 7 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան, եռամսյակային և տարեկան հաշվետվությունների պատրաստում՝ Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի 2016 թվականի հունիսի 22-ի N 69-Ա/1 հրամանի պահանջներին համապատասխան:

14. Սոցիալական աշխատողը սույն հավելվածի 13-րդ կետում նշված

գործառույթները հաշվետվության տեսքով յուրաքանչյուր ամիս ներկայացնում է կազմակերպության տնօրենին կամ համակարգողին՝ սույն հրամանի N 7 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան ամսական հաշվետվությունը լիազոր մարմնին ներկայացնելու նպատակով:

15. Կազմակերպությունը ընդունվող յուրաքանչյուր շահառուի համար լրացվում է սույն հրամանի N 2 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան սոցիալական կարիքի գնահատման թերթիկը՝ ավագ բուժաշխատողի, սոցիալական աշխատողի և հոգեբանի (մասնագիտացված կենտրոններում նաև՝ հոգեբույժի) կողմից՝ շահառուի հետ հարցազրույցի, սեփական մասնագիտական դիտարկումների միջոցով: Ըստ այդմ սահմանվում է նաև խնամքի ծառայությունների հաճախականությունը:
16. Գնահատման թերթիկում չեն լրացվում, սակայն կազմակերպությունում տեղավորելիս հաշվի են առնվում կազմակերպության մատչելիության հնարավորությունները: Հենաշարժական ֆունկցիայի սահմանափակմամբ պայմանավորված հաշմանդամություն ունեցող անձանց հնարավորության դեպքում տեղավորում են առաջին հարկում: Սենյակներում տեղավորելիս հաշվի են առնվում տարիքը, սեռը, առողջական վիճակը, հաշմանդամություն ունեցող անձ ճանաչված լինելը, նախասիրությունները, նույն սենյակում խնամք ստացող այլ շահառու(ներ)ի ընդհանուր հետաքրքրությունները, անձնական և հոգեբանական այլ հատկանիշներ:

4. ՇԱՀԱՌՈՒԻՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄԸ ՇՈՒՐՁՕՐՅԱ ԽՆԱՄՔԻ ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ

17. Շուրջօրյա խնամքի կենտրոնում առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրումը ներառում է հետևյալ գործառույթները՝
 - առաջին բժշկական օգնության և սպասարկում, N 3 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան բժշկական գննության եզրակացության տրամադրում, նախատեսված դեղերի տրամադրում, ըստ անհրաժեշտության, բժշկական հաստատություններ ուղղորդում և այդտեղ շահառուի գտնվելու ժամանակահատվածում խնամքի իրականացում.
 - պարբերական բժշկական գննություն և գրառումների կատարում ներքին օգտագործման բժշկական քարտերում սույն հրամանի N 5 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան.
 - անհրաժեշտության դեպքում, սոցիալական աշխատողի հետ համատեղ շահառուի՝ սահմանված ժամկետներում բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատում անցնելուն աջակցություն՝ ուղեգրման և բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման ներկայացնելու, աջակցող միջոցներով ապահովելու գործընթացի կազմակերպում.
 - բոլոր շահառուների անձնական հիգիենայի պարագաների անհատականացում, պատշաճ ախտահանում և սանիտարահիգիենիկ պայմաններում պահում.
 - թերապիայում կամ խմբակում ընդգրկվելու վերաբերյալ

եզրակացությունների տրամադրում՝ սույն հրամանի N 6 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան, շահառուի առողջության վրա թերապիայի ազդեցությունների ուսումնասիրություն, խորհրդատվության տրամադրում.

- դեղերի պահման, ինչպես նաև դեղեր ընդունելու տարաների, մասնավորապես՝ բաժակների պահման սանիտարահիգիենիկ պայմանների ապահովում՝ բացառելով ժամկետն անհայտ, ինչպես նաև ժամկետանց դեղերի և բժշկական այլ պարագաների օգտագործումը:

18. Առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման համար ավագ բուժաշխատողը, անհրաժեշտության դեպքում այլ ավագ և միջին բուժաշխատողների հետ, լրացնում է սույն հրամանի N 3 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան բժշկական գնևության եզրակացության ձևը:
19. Յուրաքանչյուր շահառուի համար ավագ բուժաշխատողի կողմից լրացվում է սույն հրամանի N 5 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան ներքին օգտագործման բժշկական քարտ: Դրանում ոչ ուշ, քան եռամսյակը մեկ անգամ կատարվում է գրառում շահառուի գնևության վերաբերյալ:
20. Շուրջօրյա խնամքի կենտրոնը շահառուի ուղեգրումը բժշկական հաստատություններ իրականացնելիս տրամադրում է նաև սննդի կազմակերպում՝ բացառությամբ ստացիոնար հաստատությունում գտնվելու դեպքերի: Բժշկական հաստատության՝ այլ բնակավայրում գտնվելու դեպքում սննդի կազմակերպումը տրամադրվում է որևէ կազմակերպության կողմից՝ որպես պատվիրակված լրացուցիչ վճարովի ծառայություն, որը մեկ օրում չի կարող գերազանցել շուրջօրյա խնամքի կենտրոնի հետ կնքած պայմանագրով սահմանված հասանելիք սննդի ֆինանսական օրական չափը:
21. Շուրջօրյա խնամքի կենտրոնը շահառուի ուղեգրումը բժշկական հաստատություններ իրականացնելիս շահառուին տրամադրում է շուրջօրյա խնամք և անհրաժեշտության դեպքում, հոգեբույժի նշանակած մեկօրյա չափաբաժնով փակ ծրարով հոգեմետ դեղերով ապահովում փակ ծրարով՝ կրտսեր բուժաշխատողի միջոցով (բացառությամբ մասնագիտացված ստացիոնար հաստատությունում գտնվելու դեպքերի):
22. Ընդհանուր տիպի կազմակերպության անկողնային խնամքի ենթակա կամ մասնագիտացված կազմակերպության շահառուն բուժումն ստանում է առանձին հիվանդասենյակում՝ միայն մեկ կրտսեր բուժաշխատողի հետ միասին՝ տվյալ շահառուի բաժանմունքը սպասարկող կրտսեր բուժաշխատողների խմբից:
23. Բժշկական ստացիոնար հաստատություններում շահառուի խնամքը մեկ օրից ավելի տևելու պարագայում միևնույն կրտսեր բուժաշխատողը չի կարող աշխատել 24 ժամից ավելի՝ շուրջօրյա հերթափոխից հետո վերադառնալով հանգստի՝ իր տեղը զիջելով մեկ այլ կրտսեր բուժաշխատողի, որն աշխատանքի է ներկայանում մեկօրյա չափաբաժնով հոգեմետ դեղերով:

5. ՇԱՀԱՌՈՒԻ ՍՆՆԴԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՊՈՒՄԸ ՇՈՒՐՋՕՐՅԱ ԽՆԱՄՔԻ ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ

24. Շուրջօրյա խնամքի կենտրոնում սննդի (այդ թվում՝ դիետիկ) կազմակերպումն իրականացվում է՝ «Սննդամթերքի անվտանգության մասին», «Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» և «Առևտրի և ծառայությունների մասին» օրենքների պահանջներին համապատասխան և ներառում է հետևյալ գործառույթները՝
- օրական առնվազն երեք անգամ սննդի կազմակերպում (2024 թվականի հունվարի 1-ից՝ չորս անգամ՝ որոշմամբ սահմանված կարգով ու պարբերականությամբ)։
 - խոհանոցում և ճաշարանում առկա տեխնիկական միջոցների և գույքի պահպանում և շահագործում, դրանց նորոգման աշխատանքների կազմակերպում՝ համապատասխան մասնագետների միջոցով։
 - անհրաժեշտ նախապատրաստական աշխատանքների իրականացում՝ օրական ճաշացանկի կազմում՝ համապատասխան մասնագետների միջոցով։
 - անհրաժեշտ մթերքի ստացում, լվացում, մաքրում, կտրատում, եփում։
 - շահառուներին անհրաժեշտ քանակի, համի և որակի բազմաբնույթ և կալիորապես հարուստ սննդի կազմակերպման աշխատանքների իրականացում, այդ թվում՝ անկողնային խնամքի կարիք ունեցող անձանց կերակրման աշխատանքների կազմակերպում։
 - սնվելու ժամանակ շահառուների համար պայմանների ապահովում (խոհանոցի և ճաշարանի ամենօրյա մաքրություն, սպասքի տեղադրում և հավաքում, սպասքի լվացում և այլն)։
 - ճաշարանի աշխատանքային փաստաթղթերի (այդ թվում՝ ճաշացանկի, սննդի կազմակերպում ստացող շահառուների՝ մարդ/օր ցանկի և այլն) լրացում և կազմում։
25. Սննդի կազմակերպման ծառայությունում ներգրավված բոլոր աշխատողները, այդ թվում՝ սննդապահովման համար պատասխանատու միջին բուժաշխատողները, պահեստապետերը, բանվորները, պարտավոր են աշխատավայրում կրել աշխատանքային արտահագուստ (այդ թվում՝ կոշիկներ) և ձեռնոցներ, իսկ խոհարարների ու խոհանոցի աշխատողների դեպքում՝ նաև գլխարկներ։
26. խոհանոց և պահեստներ կողմնակի անձանց մուտքը թույլատրվում է միայն ստուգող մարմինների այն աշխատողներին, ում դա թույլատրվել է ստուգման մասին իրավական ակտով։ Նրանք պարտադիր կերպով պահպանում են սանիտարահիգիենիկ կանոնները, և խոհանոց մտնելիս նրանց տրամադրվում է համապատասխան պոլիէթիլենային արտահագուստ (այդ թվում՝ բախիլներ)։
27. Կազմակերպության պահեստներում առկա սննդամթերքի մնացորդները հաշվետու ամսվան հաջորդող տարվա առաջին օրվա դրությամբ չի կարող գերազանցել մինչև 10 օրացուցային օրվա համար գործող օրենսդրությամբ նախատեսված պաշարները՝ պայմանով, որ սննդատեսակի պահպանման ժամկետը չի խախտվել։
28. Սննդի կազմակերպման ճաշացանկի կազմման և շահառուների թվի ճշգրտման աշխատանքները կատարվում են հաշվետու օրվա նախորդ օրը (ոչ աշխատանքային՝ տոնական և հիշատակի օրերի պարագայում՝ նախորդ աշխատանքային օրը)՝ մինչև ժամը 16.00, որի համար

շուրջօրյա խնամքի կենտրոնի հերթապահ բուժքույրերը մինչև 14.30-ն ավագ բուժքույրին (պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ համապատասխան լիազորությամբ օժտված միջին բուժաշխատողին) են ներկայացնում շահառուների փաստացի թիվը:

29. Շահառուների փաստացի թիվը որոշվում է ճաշացանկի հաստատման օրվան նախորդող օրը փաստացի սնունդ ստացած, նախորդ օրվա ընթացքում ընդունված, խնամքը դադարեցրած, ժամանակավոր դուրսագրված, կարճաժամկետ բացակայող, ժամանակավոր դուրսագրումից վերադարձած և ստացիոնար բուժման նպատակով բժշկական հաստատություն տեղափոխված շահառուների հաշվարկմամբ:
30. Ոչ աշխատանքային՝ տոնական և հիշատակի օրերի ընթացքում շահառուների փաստացի թիվը մնում է անփոփոխ միայն այն դեպքերում, երբ այդ ընթացքում անօգնական վիճակում հայտնված անձն ընդունվել է կազմակերպություն կամ անձին խնամքի տրամադրումը դադարեցվել է իր մահվան պատճառով: Նշված, ինչպես նաև մթերքի և սննդատեսակի պահպանման ժամկետի՝ երեք օրից պակաս լինելու դեպքերում մթերքը չի վերադարձվում պահեստ, այլ տրամադրվում է կազմակերպության շահառուներին:
31. Շուրջօրյա խնամքի կենտրոնում ավագ բուժքույր(եր)ը կամ նրանց փոխարինող աշխատող(ներ)ը շահառուների փաստացի թիվը ներկայացնում են սոցիալական աշխատող(ներ)ին, որը (որոնք) համեմատում են տվյալները մուտքի և ելքի գրանցամատյանի գրառումների հետ ու վերջնական թիվը ներկայացնում սննդապահովման համար պատասխանատու միջին բուժաշխատողին (պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ համապատասխան լիազորությամբ օժտված աշխատողին):
32. Ճաշացանկը կազմում է սննդապահովման համար պատասխանատու միջին բուժաշխատողը (պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ համապատասխան լիազորությամբ օժտված աշխատողը)՝ երեք օրինակից համաձայնեցնելով բժշկական ծառայության պետի (պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ համապատասխան ավագ բուժաշխատողի) հետ և ներկայացնում տնօրենի կամ համակարգողի հաստատմանը:
33. Կազմակերպության տնօրենը կամ համակարգողն իրեն ներկայացված շահառուների թիվը համեմատում է ճաշացանկում նշված շահառուների թվի հետ և հաստատում այն: Դրանում կարող են ներառվել՝
 - հաշվետու օրվա ընթացքում ժամանակավոր դուրսագրումից վերադարձած շահառուները.
 - հաշվետու օրվա ընթացքում բուժման նպատակով բժշկական հաստատությունում գտնվող շահառուները՝ ըստ սույն հավելվածի 20-րդ կետի:
34. Ժամանակավոր դուրսագրվածների դեպքում ճաշացանկը չի փոխվում և ֆինանսավորումն իրականացվում է նախորդ օրվա կազմված ճաշացանկին համապատասխան:
35. Հաշվետու օրվա հաստատված ճաշացանկը նախորդող օրվա երեկոյան, փակցվում է ճաշարանում կամ բլորի համար տեսանելի այլ վայրում: Կազմակերպությունում բոլոր շահառուները սնվում են

ճաշարանում, բացառությամբ անկողնային խնամքի ենթակա, վարքային կամ հենաշարժական խնդիրներ ունեցող շահառուների, որոնց սնունդը կազմակերպվում է տեղում՝ սենյակում՝ կրտսեր բուժաշխատողի կամ խոհանոցի աշխատողի միջոցով:

36. Սննդի պատրաստման գործընթացի տեխնոլոգիական պահանջների պահպանման նկատմամբ հսկողություն իրականացնելու նպատակով խոհանոցում պատրաստված յուրաքանչյուր սննդատեսակից ավագ խոհարարը (պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ սննդապահովման համար պատասխանատու միջին բուժաշխատողը կամ խոհարարը) կատարում է նմուշառում՝ անմիջապես այն տարայից, որի մեջ պատրաստվել է:
37. Նմուշառած կերակրատեսակները պահում են մակնշված և մանրեագերծված (կամ ախտահանված՝ կերակրի սոդայի 2% լուծույթի մեջ 15 րոպե եռացնելու եղանակով) ապակյա տարայի մեջ, որն ամուր փակվում է ապակյա կամ մետաղական կափարիչով: Չափաբաժնով պատրաստված կերակրատեսակները նմուշառվում են յուրաքանչյուրը 100 գրամից ոչ պակաս և պահպանում են 48 ժամից ոչ պակաս՝ հատուկ սառնարանում կամ սառնարանի հատուկ առանձնացված տեղում 4 ± 20 C ջերմաստիճանի պամաններում, նշելով նմուշառման ժամը, օրը, ամիսը:

6. ԹԵՐԱՊԻԱՅՈՒՄ ԿԱՄ ԽՄԲԱԿՈՒՄ ՇԱՀԱՌՈՒԻ ԸՆԴԳՐԿՈՒՄԸ

38. Թերապիայի կամ խմբակի կազմակերպումը շահառուների սոցիալական ներառման նպատակով իրականացվող վերականգնողական օգնություն է, որը ենթադրում է շահառուների կենսական և սոցիալական հարմարողականության հմտությունների բարելավում և նրանց հնարավորինս ինքնուրույն մասնակցությունն առօրյա տարբեր գործողություններում: Այն չի ենթադրում ինքնուրույն և հիմնական աշխատանք, այլ ուղղված է շահառուի հոգեբանական վիճակի բարելավմանը և հոգեկան բավարարվածությանը:
39. Շահառուի համար մեկ ենթատեսակի թերապիայով զբաղվելու օրական ժամաքանակը չի կարող անցնել 3, որոշ դեպքերում՝ 3.5 ժամը: Շահառուն կարող է ընդգրկվել թերապիայի մինչև երկու տեսակների խմբակներում: Ըստ այդմ, օրական առավելագույն ժամաքանակը չի կարող գերազանցել 7 ժամը՝ պայմանով, որ թերապիայի իրականացման ժամերը չեն համընկնելու սննդի կազմակերպման ժամերին:
40. Շահառուն կարող է դիմել թերապիայում կամ խմբակում ընդգրկվելու համար՝ ըստ անհրաժեշտության այն ժամանակ, երբ սոցիալական աշխատողը կազմակերպում է շահառուի սոցիալական կարիքի վերագնահատում: Թերապիայում կամ խմբակում շահառուի ընդգրկված լինելու ցուցված կամ հակացուցված լինելը կարող է որոշվել ցանկացած վերագնահատման ժամանակ՝ բժշկական ծառայության պետի (պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ համապատասխան լիազորությամբ օժտված ավագ բուժաշխատողի),

սոցիալական աշխատողի և հոգեբանի (մասնագիտացված կենտրոններում նաև՝ հոգեբույժի) համատեղ եզրակացությամբ՝ սույն հրամանի N 6 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան, իսկ հաշմանդամություն ունեցող, ինչպես նաև ֆունկցիոնալության խորը կամ ծանր աստիճանի սահմանափակում ունեցող անձի դեպքում նաև՝ իր վերականգնողական անհատական ծրագրով կամ ծառայությունների անհատական ծրագրով:

41. Թերապիայի ժամերը կարող են կրճատվել կամ թերապիան կարող է շուրջօրյա խնամքի կենտրոնի հոգեբույժի կամ փոքր տան սոցիալական աշխատողի ցուցումով ժամանակավորապես ընդհատվել, եթե շահառուի մոտ սկսում են առողջական խնդիրներ, վարքագծի փոփոխություն, առաջանում է դեղերով բուժման կարիք:
42. Թերապիան իրականացվում է բացառապես կազմակերպության տարածքում՝ թերապիայի մասնագետների կամ խմբավարների կողմից, իսկ մասնագիտացված կազմակերպության շահառուների պարագայում՝ շուրջօրյա խնամքի կենտրոնում 20 անձի համար մեկ կրտսեր բուժաշխատողի, իսկ փոքր տանը մինչև 15 անձի համար մեկ սոցիալական սպասարկողի ներկայությամբ: Թերապիայի մասնագետը կամ խմբավարը վարում է շահառուների գրանցամատյան:

7. ՇԱՀԱՌՈՒԻ ԿԱՐՃԱԺԱՄԿԵՏ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԺԱՄԱՆԱԿԱԿՈՐ ԴՈՒՐՍԳՐՈՒՄԸ, ԽՆԱՄՔԻ ՄԵԿ ԱՅԼ ԿԵՆՏՐՈՆ ՏԵՂԱՓՈԽՈՒՄԸ, ԱՆՁԻՆ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ

43. Շահառուի՝ կազմակերպությունից կարճաժամկետ բացակայությունը չի կարող համընկնել խնամքի տրամադրման ժամերի հետ: Հակառակ պարագայում շուրջօրյա խնամքի կենտրոնում այդ ժամանակահատվածի համար նախատեսված խնամքը չի տրամադրվում, իսկ փոքր տանը սոցիալական ծառայությունները կարող են տրամադրվել շահառուի՝ կարճաժամկետ բացակայությունից վերադառնալու ժամանակ: Այդ նպատակով շուրջօրյա խնամքի կենտրոնի միջին բուժաշխատողը (ավագ բուժքույրը կամ պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում՝ համապատասխան լիազորությամբ օժտված միջին այլ բուժաշխատողը) կամ փոքր տան սոցիալական աշխատողը լրացնում են անցաթուղթ՝ սույն հրամանի N 8 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան:
44. Շահառուի՝ շուրջօրյա խնամքի կենտրոնից ժամանակավոր դուրսգրումը կարող է լինել միայն իր կամ իրեն հյուրընկալող անձի գրավոր դիմումի հիման վրա՝ սույն հրամանի NN 9 կամ 10 հավելվածների օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան: Շուրջօրյա խնամքի մասնագիտացված կենտրոնն այս դեպքում շահառուին կամ իր ներկայացուցչին տալիս է տեղեկանք՝ սույն հրամանի N 11 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան՝ շահառուի ժամանակավորապես գտնվելու վայրի համապատասխան բժշկական հաստատությունից՝ համապատասխան դեղերը ստանալու համար:

Շահառուն վերստին խնամք կարող է ստանալ սույն հրամանի N 12 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան գրավոր դիմումի հիման վրա:

45. Շահառուի՝ խնամքի մեկ այլ կենտրոն տեղափոխվելու գործընթացն սկսում է շահառուի նախաձեռնությամբ՝ իր գրավոր դիմումի հիման վրա՝ սույն հրամանի N 13 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան:
46. Շահառուին խնամքի ծառայության տրամադրման դադարեցման դեպքերը սահմանված են օրենսդրությամբ՝ խնամքի դադարեցման հրամանի N 16 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան: Հիմքերի առկայության դեպքում խնամքի ծառայության տրամադրումը չդադարեցնելու և դրանից բխող հետևանքների հաղթահարման պատասխանատվությունը կազմակերպությանն է:
47. Անձին խնամքի դադարեցումը, ի թիվս որոշմամբ սահմանված դեպքերի, կարող է լինել նաև շահառուի նախաձեռնությամբ՝ իր կամ իրեն կացարանով ապահովելու ու խնամք տրամադրելու պատրաստակամություն հայտնած անձի գրավոր դիմումի հիման վրա՝ սույն հրամանի N N 14 կամ 15 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթերին համապատասխան:
48. Շահառուի մահվան դեպքում օրենսդրությամբ սահմանված կարգով կազմակերպությունը համապատասխան լիազորություններ ունեցող աշխատողների միջոցով կամ պատվիրակված ծառայությամբ իրականացնում է հուղարկավորությունը սույն հրամանի N 17 հավելվածի օրինակելի ձևաթղթին համապատասխան շահառուի ընտանիքի անդամների կամ այլ ազգականների կողմից հուղարկավորություն կատարելու պատրաստակամության մասին տեղեկանքի բացակայության դեպքում:

Հավելված N 2

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՐԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ
ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ
ԱՆՁԻ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿԻ

N _____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության կամ համայնքահեն փոքր տան անվանումը _____
2. Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը _____

3. Փաստացի ընդունման ամսաթիվը

4. Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը

5. Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացի լինելու պարագայում՝

1) անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալները

(անվանումը, սերիան, համարը, երբ և ում կողմից է տրվել)

2) սոցիալական քարտը կամ հանրային ծառայությունների համարանիշը կամ հանրային ծառայությունների համարանիշ չստանալու մասին տեղեկանքը

6. Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացի չլինելու պարագայում՝

1) անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալները

2) ժամանակավոր կամ մշտական կացության քարտը

3) ապաստան հայցողի անձը հաստատող վկայականը

7. Փախստականի կարգավիճակ ունենալու դեպքում՝

1) ճամփորդական փաստաթուղթը

8. Ուղեգրող կազմակերպության անվանում

9. Ուղեգրի N _____

10. Շահառուի հաշմանդամության խումբը կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման որոշումը (վարչական ակտի) և ժամկետը (հաշմանդամություն ունենալու դեպքում), աջակցող միջոցից օգտվելու տեսակը (առկայության դեպքում)՝

11. Բնակության հիմունքները (սեփականություն, վարձակալություն, բնակվում է բարեկամի տանը և այլ հիմունքներ), բնակարային և կոմունալ-կենցաղային պայմանները (նշել տեղեկություն որոշակի բնակության վայր չունենալու, ժամանակավոր կացարանում բնակվելու, կոմունալ-կենցաղային պայմանների հարմարությունների և նվազագույն պայմանների բացակայության մասին), այլ սեփականություն (օրինակ այլ վայրում սեփականության կամ

հողատարածքի առկայություն) _____

12. Շահառուի հարազատի (առկայության դեպքում)
հեռախոսահամարները` _____

(քաղաքային) (բջջային)

13. Տեղեկություն շահառուի կենսագործունեության տեսակների
կարողությունների մասին (շահառուի ներկայացրած և սոցիալական
աշխատողի դիտարկման արդյունքում ձևավորված կարծիք)

Կենսագործունեության տեսակներ	Չունի	Ունի	Ունի մասամբ	Նշումներ
1) Ինքնասպասարկման ապահովման ունակություն				
2) Ինքնուրույն տեղաշարժվելու կարողություն				
3) Հաղորդակցվելու կարողություն				
4) Կողմնորոշվելու կարողություն				
5) Աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողություն				
6) Ուսումնառության կարողություն				
7) Սեփական վարքը հսկելու կարողություն				

14. Ընտանիքում միջանձնային հարաբերությունները, նշել
տեղեկություններ ընտանիքում բարոյահոգեբանական անհամատեղելի
իրավիճակի, ընտանիքում բռնության, սոցիալական
մեկուսացվածության առկայության դեպքում, ընտանիքում առկա
սոցիալական խնդիրները _____

15. Այլ նշումներ _____

Սոցիալական աշխատող` _____

ազգանուն)

Սոցիալական կարիքի գնահատումն ըստ անհրաժեշտության հանձնաժողովի կազմով կատարելու դեպքում նշել հանձնաժողովի անդամներին:

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 3

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԴԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՉՆՆՈՒԹՅԱՆ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅԱՆ

N ____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության անվանումը _____

2.

Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը _____

2. Փաստացի ընդունման ամսաթիվը _____

3. Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը _____

4. Հաշմանդամություն ունեցող անձ հանդիսանալու դեպքում նաև՝ բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման որոշումը կամ քաղվածք-տեղեկանքը _____

6. Շահառուի հաշմանդամության խումբը կամ անձի ֆունկցիոնալության

գնահատման որոշումը (վարչական ակտի) և ժամկետը (հաշմանդամություն ունենալու դեպքում), աջակցող միջոցից օգտվելու տեսակը (առկայության դեպքում)

7. Անհրաժեշտ կամ շահառուի կողմից օգտագործվող դեղերի տրամադրման ցանկը` _____

8. Ընդհանուր վիճակ և արտաքին տեսք

1) հասակ _____ սմ, քաշ _____ կգ

2) ընդունման պահին մարմնական վնասվածքների առկայություն` առկա է / առկա չէ (ընդգծել)

3) մարմնական վնասվածքների առկայության դեպքում դրանց նկարագրություն _____

9. Ընդհանուր տեղեկություններ

1) արյան խումբ, ռեզուս գործոն _____

2) գերզգայնություն դեղերի նկատմամբ

3) այլ ալերգիկ ռեակցիաներ

4) ստացված պատվաստումներ (տեսակը, ժամկետները)

5) տարած տարափոխիկ հիվանդություններ _____ -

6) տարած վիրահատական միջամտություններ

7) հիմնական ախտորոշում

8) ուղեկցող հիվանդություններ

9) տեղափոխված հաստատությունում ստացած դեղորայքային բուժում

10. Օբյեկտիվ գննության տվյալներ

1) շնչառական համակարգ

2) սիրտանոթային համակարգ

3) աղեստամոքսային համակարգ

4) միզասեռական համակարգ

5) նյարդային համակարգ

11. Անամենստիկ տվյալներ

1) գանգատներ ընդունվելիս _____

2) կյանքի և հիվանդության պատմություն _____

12. Ընդունվելիս հոգեկան վիճակի համառոտ նկարագիրը՝ ըստ հոգեկան առողջության ոլորտների

1) գիտակցություն _____

2) կողմնորոշում _____

3) մտածողություն _____

4) հուզական ոլորտ _____

5) ինտելեկտ _____

6) ուշադրություն _____

7) կամային ոլորտ _____

8) վարք _____

9) քննադատություն _____

10) ընկալման խանգարումներ

11) շարժական ակտիվություն

12) սոցիալական վտանգավորություն

13) լրացուցիչ տվյալներ հոգեկան վիճակի վերաբերյալ

Ավագ բուժաշխատող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Բժշկական եզրակացությունն ըստ անհրաժեշտության հանձնաժողովի կազմով կատարելու դեպքում նշել հանձնաժողովի անդամներին:

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 4

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆ ՇՈՒՐՉՕՐՅԱ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ

N ____

____ 202 թ.

(կնքման վայրը)

(բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության կամ համայնքահեն փոքր տան անվանումը)

(այսուհետ՝ կազմակերպություն), ի դեմս

(ղեկավար կամ համակարգող անձի պաշտոնը, անունը, ազգանունը)

ով գործում է _____ հիման վրա, մի կողմից, և

(կանոնադրության կամ լիազորագրի)

ը

(խնամք ստացող անձի անունը, հայրանունը, ազգանունը)

(այսուհետ՝ շահառու) _____

(անձը հաստատող փաստաթղթի անվանումը, սերիան, համարը, տալու օրը, ամիսը, տարեթիվը, ում կողմից և երբ է տրված (առկայության դեպքում)

անձնագիր առկա չէ (ընդգծել)

(սոցիալական քարտը կամ հանրային ծառայությունների համարանիշը կամ հանրային ծառայությունների համարանիշ չստանալու մասին տեղեկանքը)

(ՀՀ քաղաքացի չլինելու պարագայում անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալները, ժամանակավոր կամ մշտական կացության քարտը, ապաստան հայցողի անձը հաստատող վկայականը փախստականի կարգավիճակ ունենալու դեպքում՝ ճամփորդական փաստաթուղթը)

առկա չէ նշվածներից և ոչ մեկը (ընդգծել)

ծննդյան օրը, ամիսը, տարեթիվը _____ թ.

սեռը՝ արական , իգական (ընդգծել)

քաղաքացիությունը

Նախկին հաշվառման հասցեն

(հաշվառման մեջ չգտնվելու դեպքում՝ վերջին կամ նախկին հաշվառման հասցեն)

(սեփականության կամ օգտագործման իրավունքով բնակելի տարածք ունենալու կամ չունենալու հանգամանքը, դրա առկայության դեպքում՝ հասցեն և այնտեղ չբնակվելու պատճառը)

(դիմումը ներկայացուցչի կողմից ներկայացվելու դեպքում՝ իր անունը, ազգանունը, անձը հաստատող փաստաթղթի անվանումը, սերիան և համարը, ում կողմից և երբ է տրված)

(ներկայացուցչի հանրային ծառայությունների համարանիշը կամ սոցիալական քարտի համարը կամ դրանք չունենալու մասին տեղեկանքի համարը)

(հանրային ծառայությունների համարանիշը կամ սոցիալական քարտի համարը կամ դրանք չունենալու մասին տեղեկանքի համարը)

մյուս կողմից, կնքեցին սույն պայմանագիրը հետևյալի մասին.

1. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԱՌԱՐԿԱՆ, ԿՈՂՄԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

1. Կազմակերպությունը, օրենսդրությանը համապատասխան, իրականացնում է պայմանագրի 2-րդ կետով նախատեսված պարտավորությունները, իսկ շահառուն պարտավորվում է կազմակերպությունում խնամվելու ամբողջ ժամանակահատվածում բարեխիղճ և պատշաճ կերպով իրականացնել պայմանագրի 4-րդ կետով նախատեսված պարտավորությունները:
2. Կազմակերպությունը պարտավոր է`

- 1) շահառուին տրամադրելու օրենսդրությամբ և սույն պայմանագրով նախատեսված խնամքն իր անհրաժեշտ ծավալով.
- 2) չմիջամտել շահառուի անձնական կյանքին` պահպանելով սպասարկման ընթացքում հայտնի դարձած տեղեկությունների գաղտնիությունը.
- 3) հարգել շահառուի իրավունքները, պատիվն ու արժանապատվությունը, ոտնձգություններ չանել իր գույքի հանդեպ, չյուրացնել շահառուի կողմից վստահված գումարները:

3. Կազմակերպությունն իրավունք ունի`

- 1) շահառուից պահանջելու` կատարել սույն պայմանագրի 4-րդ կետով նախատեսված պարտավորությունները.
- 2) շահառուի նկատմամբ կիրառել կարգապահական տույժեր և պահանջել պատճառված վնասի հատուցում.
- 3) օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում և կարգով միակողմանի լուծել պայմանագիրը և դադարեցնել շահառուին տրամադրվող խնամքը.
- 4) իրականացնելու օրենսդրությամբ իրեն վերապահված այլ իրավունքներ:

4. Շահառուն պարտավոր է`

- 1) պահպանել կազմակերպության կանոնադրությամբ սահմանված, համակեցության և հակահրդեհային անվտանգության կանոնները.
- 2) կազմակերպության համար ստեղծել պայմաններ սույն պայմանագրով նշված ծառայություններն իրականացնելու համար և չստեղծել դրանց իրականացմանը խանգարող խոչընդոտներ.
- 3) անցնել բժշկական համապատասխան ստուգում, բժշկական համապատասխան հաստատություններում, ըստ անհրաժեշտության, ենթարկվել կլինիկալաբորատոր հետազոտությունների.
- 4) կազմակերպություն խնամվելու ամբողջ ժամանակահատվածում կատարել կազմակերպության աշխատակազմի առաջարկությունները`

կապված իր անձնական խնդիրների լուծման, սոցիալականացման, փաստաթղթերը ձևակերպելու, ներկայացնելու, ձեռք բերելու, օրենսդրությամբ սահմանված կենսաթոշակներ, նպաստներ և այլ դրամական վճարներ ստանալու, բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման կազմակերպման, հաշմանդամությամբ պայմանավորված այլ խնդիրների հետ.

5) իր մասին կազմակերպությանը տրամադրել հավաստի տեղեկություններ.

6) ինամվելու ժամանակահատվածում չլքել կազմակերպության տարածքն առանց կարճաժամկետ բացակայության անցաթղթի կամ ժամանակավոր դուրսգրման համար իր կամ իրեն հյուրընկալող անձի գրավոր դիմումի.

7) կազմակերպությանը տեղեկացնել քրեական գործով որպես մեղադրյալ ներգրավված լինելու, դիտավորությամբ կատարված հանցագործության համար օրենսդրությամբ սահմանված կարգով չմարված կամ չհանված դատվածություն ունենալու մասին.

8) դուրս գրվել կազմակերպությունից, եթե կազմակերպությունն ունի ինամքի դադարեցման համար օրենսդրությամբ բավարար հիմքեր:

5. Շահառուն իրավունք ունի՝

1) կազմակերպությունից պահանջելու՝ կատարել սույն պայմանագրի 2-րդ կետով նախատեսված պարտավորությունները.

2) ստանալու տեղեկություն կազմակերպության կողմից իրականացվող՝ իր վերասոցիալականացմանն ուղղված գործողությունների մասին.

3) հնարավորության դեպքում՝ ինքնուրույն կամ կազմակերպության աշխատակազմի աջակցությամբ տեղավորվել հարմար աշխատանքի.

4) իր գրավոր դիմումի համաձայն դուրս գրվելու կազմակերպությունից.

5) օգտագործել և օգտվել սոցիալական կազմակերպությունում առկա բոլոր պարագաներից և սարքավորումներից.

6) կապ պահպանել ընտանիքի, բարեկամների կամ ընկերների հետ՝ հեռախոսազանգերի և այցելությունների միջոցով.

7) ժամանակավոր դուրսգրման համար իր կամ իրեն հյուրընկալող անձի գրավոր դիմումի համաձայն ժամանակավոր դուրս գրվել կազմակերպությունից.

8) ստանալ տեղեկություն իրենց իրավունքների ու պարտականությունների մասին.

9) պայմանագիրը դադարեցնելու դեպքում ետ ստանալ իր անձնական իրերն ու փաստաթղթերը.

10) իրականացնելու օրենսդրությամբ իրեն վերապահված այլ իրավունքներ:

2. ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ ԵՎ ԼՈՒԾՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

6. Պայմանագիրն ուժի մեջ է մտնում կողմերի ստորագրման պահից և գործում է անժամկետ: Պայմանագրի գործողությունը տարածվում է շահառուի ընդունման պահից ծագած հարաբերությունների վրա:
7. Պայմանագիրը կարող է լուծվել օրենսդրությամբ սահմանված դեպքերում և կարգով շահառուին տրամադրվող խնամքի դադարեցման ժամանակ:
8. Պայմանագիրը կազմված է հայերենով, հավասարազոր իրավաբանական ուժ ունեցող երկու օրինակից, որոնցից յուրաքանչյուր կողմին տրվում է մեկական օրինակ:

3. ԿՈՂՄԵՐԻ ՎԱՎԵՐԱՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

(ղեկավար կամ համակարգող անձի պաշտոնը, անունը, ազգանունը)

(շահառուի անունը, ազգանունը)

(ստորագրությունը)

Կ.Տ.

(ստորագրությունը)

Հավելված N 5

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՍ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻ ՆԵՐՔԻՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔԱՐՏԻ

N _____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության անվանումը _____

Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը _____

2. Փաստացի ընդունման ամսաթիվը _____

3. Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը _____

4. Անձը հաստատող փաստաթղթի տվյալները _____

(անվանումը, սերիան, համարը, երբ և ում կողմից է տրվել)

6. Անձնագիր չունենալու պարագայում ժամանակավոր կամ մշտական կացության քարտը, ապաստանն հայցողի անձը հաստատող վկայականը կամ ճամփորդական փաստաթուղթը _____

7. Սոցիալական կարիքի գնահատման թերթիկ N _____

8. Բժշկական գնության եզրակացություն N _____

9. Հաշմանդամություն ունեցող անձ հանդիսանալու դեպքում նաև՝ բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման որոշումը կամ քաղվածք-տեղեկանքը _____

10. Շահառուի հաշմանդամության խումբը կամ անձի ֆունկցիոնալության գնահատման որոշումը (վարչական ակտի) և ժամկետը (հաշմանդամություն ունենալու դեպքում), աջակցող միջոցից օգտվելու տեսակը (առկայության դեպքում)՝ _____

11. Կլինիկական ախտորոշումը _____

Բժշկական ծառայության պետ (համապատասխան ավագ բուժաշխատող)՝ _____

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՍՏԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԶԱՐԿԻ ԵՌԱՄՍՅԱԿԱՅԻՆ ԼՐԱՑՄԱՆ ՁԵՎ N ____
Եռամսյակային Գանգատներ, օբյեկտիվ գննության տվյալներ, Հետազոտողի
գննություն հիվանդության ընթացք, ախտորոշում

202_ թ. առաջին

եռամսյակ

202_ թ. երկրորդ

եռամսյակ

202_ թ. երրորդ եռամսյակ

202_ թ. չորրորդ

եռամսյակ

Բժշկական ծառայության պետ (համապատասխան ավագ բուժաշխատող)՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 6

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈԶԻՍՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՍ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆ ԹԵՐԱՊԻԱՅՈՒՄ ԿԱՍ ԽՄԲԱԿՈՒՄ ԸՆԴԳՐԿԵԼՈՒ ԿԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅԱՆ

N _____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության կամ համայնքահեն փոքր տան անվանումը _____ 2.
Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը _____
2. Փաստացի ընդունման ամսաթիվը _____
3. Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը _____
4. Շահառուի սոցիալական կարիքի գնահատման թերթիկը _____
5. Շահառուի բժշկական զննության եզրակացությունը _____
6. Տրամադրվող թերապիայի տեսակը և ենթատեսակը (անհրաժեշտ ենթատեսակ(ներ)ն ընդգծել)`

1) Էրգոթերապիա (օկուպացիոն թերապիա)` մանածագործական տեսակների վերջնամշակում, հագուստի և կոշիկի արտադրություն, փայտանյութի մշակում.

2) աշխատանքային թերապիա` մշակաբույսերի և տնկանյութերի աճեցում, ընտանի թռչունների և ճագարների բուծում, բնատեսարանի բարեկարգման, մաքրման աշխատանքների կազմակերպում.

3) արվեստի միջոցով թերապիա (արտթերապիա)` երաժշտական, թատերական, կերպարվեստի խմբակներ.

4) մարմնակրթական թերապիա (ֆիզիոթերապիա)` մարզական, լողի խմբակներ:

Բժշկական ծառայության պետ (համապատասխան ավագ բուժաշխատող)`

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Սոցիալական աշխատող`

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Հոգեբան`

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Հոգեբույժ (մասնագիտացված կենտրոններում)`

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 7

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ
ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՎԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ
ԱՆՁԻՆ ՏՐԱՄԱԴՐԿՈՂ ԽՆԱՄՔԻ` ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԿԱՆ
ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

_____ -ի շուրջօրյա ընդհանուր տիպի
խնամքի մատուցված ծառայությունների վերաբերյալ

(կազմակերպության անվանումը)

h/h Մատուցվող ծառայության անվանումը

1. Հաշվետու ժամանակահատվածի՝ սկզբում/վերջում շահառուների թվաքանակը
- 1.2 Այդ թվում՝ հաշմանդամություն ունեցող անձ
- 1.2.1 18-40 տարեկան
- 1.2.2 40-65 տարեկան
- 1.3 Այդ թվում՝ տարեց
- 1.3.1 65-90 տարեկան
- 1.3.2 90 և ավելի տարեկան
- 1.4 Անկողնային խնամքի կարիք ունեցող շահառուներ
- 1.5 Ամուսնական զույգեր
2. Հաշվետու ժամանակահատվածում ընդունվել է
3. Նախքան ընդունվելը
- 3.1 Բնակվել է միայնակ
- 3.2 Ունեցել է ժառանգներ
- 3.3 Ունեցել է անշարժ գույք
4. Առաջին օգնության և սպասարկման տրամադրում, այդ թվում՝ դեղերի տրամադրում
5. Վերականգնողական ծառայություններ (նշել տեսակը և ծառայություններ ստացողներին)
6. Ուղեգրվել է ստացիոնար բուժհաստատություն
7. Սոցիալական կարիքի գնահատում
8. Այցելություններ (շահառուի և նրա մոտ) , հանդիպումներ
9. Թերապիայի կազմակերպում (նշել տեսակները և մասնակիցների թիվը)
10. Մշակութային միջոցառումների կազմակերպում, այդ թվում՝
- 10.1 կազմակերպությունից դուրս
11. Ուղեկցման ծառայություններ
12. Հաշվետու ժամանակահատվածում դուրս է գրվել, այդ թվում՝
- 12.1 Վերադարձել է ընտանիք
- 12.2 Ընդունվել է այլ կազմակերպություն
- 12.3 Մահացել է
13. Այլ ծառայություն (նշել)

Կազմակերպության տնօրեն՝

«_____» _____ 2023 թ

Հավելված N 8

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N ___-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ
ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ
ԱՆՁԻ ԿԱՐՃԱԺԱՄԿԵՏ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ ԱՆՑԱԹՂԹԻ

N ____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության կամ համայնքապետի փոքր տան անվանումը _____ 2.
Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը _____
2. Բացակայության վայրը և նպատակը _____
3. Բացակայության տևողությունը _____

(Ժամաքանակ, ամսաթիվ)

Շուրջօրյա խնամքի կենտրոնի միջին բուժաշխատող (ավագ բուժքույր կամ պաշտոնի բացակայության կամ թափուր լինելու պարագայում համապատասխան լիազորությամբ օժտված միջին այլ բուժաշխատող)

_____ (ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Համայնքային փոքր տան սոցիալական աշխատող

_____ (ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 9

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈԶԻՍՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻ ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ԴՈՒՐՍԳՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԻՐ ԳՐԱՎՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու,

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

խնդրում եմ Ձեր թույլտվությունն ինձ _____ օրով
ժամանակավոր՝ սույն

(օրերի թիվը՝ տառերով)

թվականի _____ից մինչև _____ը դուրս գրել
կազմակերպությունից՝ _____ մոտ հյուրընկալվելու նպատակով:

(կապը շահառուի հետ)

Հայտնում եմ, որ այդ ընթացքում կազմակերպության խնամքի տրամադրման կարիքը չունեմ:

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 10

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԴԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ
ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈԹՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ
ԱՆՁԻ ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ ԴՈՒՐՍԳՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԻՐԵՆ ՀՅՈՒՐԸՆԿԱԼՈՂ ԱՆՁԻ
ԳՐԱՎՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Քաղաքացի՝ _____

(անուն, ազգանուն)

Հասցե՝ _____

Հեռախոս՝ _____

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

_____ հ _____, խնդրում եմ Ձեր

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)
հետ)

(կապը շահառուի

թույլտվությունն իրեն _____ օրով՝ սույն թվականի
_____ հց

(օրերի թիվը՝ տառերով)

մինչև _____ ը ժամանակավոր դուրս գրել կազմակերպությունից՝ ինձ
մոտ հյուրընկալելու նպատակով:

Հայտնում եմ, որ այդ ընթացքում պարտավորվում եմ կազմակերպել շահառուի
խնամքը:

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 11

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ
ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿՈՐ
ԴՈՒՐՍԳՐՄԱՆ ՏԵՂԵԿԱՆՔԻ

N ____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության
անվանումը

_____ 2. Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը

3. Փաստացի ընդունման ամսաթիվը

4. Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը

5. Հաշմանդամություն ունեցող անձ հանդիսանալու դեպքում նաև՝
բժշկասոցիալական փորձաքննության կամ անձի ֆունկցիոնալության
գնահատման որոշումը կամ քաղվածք-
տեղեկանքը. _____

6. Շահառուի հաշմանդամության խումբը կամ անձի ֆունկցիոնալության
գնահատման որոշումը (վարչական ակտի) և ժամկետը
(հաշմանդամություն ունենալու դեպքում), աջակցող միջոցից օգտվելու
տեսակը (առկայության դեպքում)՝

7. Անհրաժեշտ կամ շահառուի կողմից օգտագործվող դեղերի
տրամադրման ցանկը՝ _____

8. Ժամանակավոր բնակության վայրը և տևողությունը՝

Բժշկական ծառայության պետ (համապատասխան ավագ բուժաշխատող)՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Բժշկական եզրակացությունն ըստ անհրաժեշտության հանձնաժողովի կազմով կատարելու դեպքում նշել հանձնաժողովի անդամներին:

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 12

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻ՝ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿՈՐ ԴՈՒՐՍԳՐՈՒՄԻՑ ԿԵՐԱԴԱՌՆԱԼՈՒ ՄԱՍԻՆ ԳՐԱՎՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու,

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

Խնդրում եմ Ձեր թույլտվությունն ինձ սույն թվականի _____ից մինչև _____ը վերստին ընդգրկել շահառուների ցանկում, քանի որ ունեմ կազմակերպության ինսամքի տրամադրման կարիքը:

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 13

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈԹՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆ ԱՅԼ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ ՏԵՂԱՓՈԽՄԱՆ ԳՐԱԿՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու,

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

հայտնում եմ, որ ցանկանում եմ տեղափոխվել մեկ այլ ինամքի կենտրոն, քանի որ *(նշել)*

ինամքի նախընտրած կենտրոնում հարազատ, բարեկամ, ընկեր ունենալը կամ այդ անձանց բնակվելու վայրի ավելի մոտ գտնվելը.

բժշկի եզրակացությամբ իմ առողջության համար տվյալ վայրը նպաստավոր չլինելը.

այլ _____:

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 14

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԻՐ ԳՐԱԿՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու,

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

հայտնում եմ, որ հրաժարվում եմ կազմակերպությունում շուրջօրյա խնամք ստանալուց:

Խնդրում եմ դադարեցնել ինձ տրամադրվող խնամքը սեփական դիմումիս համաձայն:

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 15

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՎԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ՝ ԻՐԵՆ ԿԱՑԱՐԱՆՈՎ ԱՊԱՀՈՎԵԼՈՒ ՈՒ ԽՆԱՄՔ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼՈՒ ՊԱՏՐԱՍՏԱԿԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՀԱՅՏՆԱԾ ԱՆՁԻ ԳՐԱԿՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Քաղաքացի՝ _____

(անուն, ազգանուն)

Հասցե՝ _____

Հեռախոս՝ _____

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

_____ հ _____, հայտնում եմ

(ազգանուն, անուն, հայրանուն)
հետ)

(կապը շահառուի

պատրաստակամությանս մասին՝ կազմակերպել շահառուի կացարանով
ապահովումը և խնամքի տրամադրումը, ուստի խնդրում եմ դադարեցնել
շահառուին տրամադրվող խնամքը շահառուի գրավոր ցանկությամբ և
սեփական դիմումիս համաձայն:

Շահառու՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 16

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԴԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԻՆ ԽՆԱՄՔԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ ՏՆՕՐԵՆԻ ԿԱՄ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՂԻ ՀՐԱՄԱՆԻ

N _____

1. Բնակչության սոցիալական պաշտպանության հաստատության կամ համայնքահեն փոքր տան անվանումը

2. Շահառուի անուն, հայրանուն, ազգանունը

3. Ծննդյան տարեթիվը, ամիսը, ամսաթիվը

4. Խնամքի տրամադրման ամսաթիվը

5. Խնամքի դադարեցման ամսաթիվը

6. Խնամքի դադարեցման պատճառը

1) շահառուի գրավոր դիմում.

2) շահառուին կացարանով ապահովելու ու խնամք տրամադրելու պատրաստակամություն հայտնաձև անձի գրավոր դիմում.

3) հոգեկան և վարքային խանգարումների ի հայտ գալ.

4) 90 օրացուցային օրից ավելի բացակայություն.

5) շահառուի մոտ ՀՀ կառավարության նոյեմբերի 10-ի N 1744-Ն որոշման N 4 հավելվածով հաստատված հիվանդություններից մեկի ախտորոշում.

6) խնամքի այլ կենտրոն կամ այլ փոքր տուն տեղափոխում.

7) խնամքի կենտրոնի կամ փոքր տան ներքին կանոնները մեկ տարվա ընթացքում երեք անգամ խախտում.

8) խնամք տրամադրելու հիմքերի վերացում.

9) շահառուի մահ:

Տնօրեն կամ համակարգող`

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)

Հավելված N 17

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարի

«__» _____ 2023 թ. N __-Ն հրամանի

ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ՓՈՔՐ ՏՆԵՐՈՒՄ ՏԱՐԵՑ ԿԱՄ ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԱՆԳՈՒՑՅԱԼ ԱՆՁԻ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԿԱՄ ԱՅԼ ԱԶԳԱԿԱՆՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՀՈՒՂԱՐԿՎՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՊԱՏՐԱՍԱԿՎԱՄՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԳՐԱՎՈՐ ԴԻՄՈՒՄԻ

_____ի

(կազմակերպության անվանումը)

տնօրեն / համակարգող _____

(անուն, ազգանուն)

Քաղաքացի` _____

(անուն, ազգանուն)

Հասցե` _____

Հեռախոս՝ _____

Դ Ի Մ ՈՒ Մ

Հարգելի՛ _____

Ես՝ _____ ս, հանդիսանալով կազմակերպության շահառու
(ազգանուն, անուն, հայրանուն)

_____ ի _____, հայտնում եմ, որ
(ազգանուն, անուն, հայրանուն) (կապը շահառուի
հետ)

պատրաստակամ եմ կատարել հանգուցյալի հուղարկավորությունը:

Դիմող՝

(ստորագրություն, անուն ազգանուն)

«__» _____ 20__ թ

(լրացման ամսաթիվը)