

**Отчет**  
**о наличии свободных мест и движении граждан**  
**в стационарном учреждении социального обслуживания**  
**за июль 2020 года**

**ГБУ КО «Спас-Деменский дом-интернат для престарелых и инвалидов»**

(наименование учреждения)

1. Численность проживающих – 43 (18 + 25 – филиал)
2. Количество свободных мест 7

Всего	7		3		3
Из них в геронтопсихиатрическом отделении милосердия	3	Мужчины	2	Женщины	1

3. Список граждан, поступивших в течение отчетного месяца

№ п\п	Ф. И. О., год рождения	Дата поступлен	Адрес до поступления в учреждение
1	Курочкин Александр Николаевич, 14.06.1954	29.07.2020	Сестринский уход, г.Барятино

*Заполнение п. 3 ведется по книге учета престарелых и инвалидов, поступивших в учреждение и подтверждается корешками от путевок, которые прикладываются к отчету.*

4. Список граждан, отчисленных из учреждения в течение отчетного месяца:

№ п\п	Ф. И. О., год рождения	Дата отчислены	Причина отчисления*

*\*Формулировки причин отчисления*

- для проживания в домашних условиях (указать адрес),
- переведен в другой интернат (указать наименование учреждения),
- направлен для постоянного пребывания в психиатрическую больницу,
- отсутствие в учреждении более 2-х недель без уважительной причины,
- несоблюдение условий договора о содержании и социальном обслуживании,
- пересвидетельствование инвалида трудоспособного возраста на 3 группу инвалидности.

5. Список граждан, умерших в течение отчетного месяца:

№ п\п	Ф. И. О., год рождения	Дата смерти	Место смерти *	Отметка о проводимом вскрытии	Причина смерти
1	Аникина Анна Константиновна, 14.11.1937	24.07..2020	ГБУЗ КО «ЦМБ №1»	Проводилось	Внутри мозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное

*\* дом-интернат, лечебное учреждение (указать какое), дома (в период домашнего отпуска), прочее (указать место).*

*Заполнение п. 5 ведется по журналу регистрации умерших. Если причиной смерти гражданина, проживающего в интернате, стал несчастный случай, травма или отравление, то в управление социального обслуживания населения министерства в течение 24 часов направляется подробная письменная информация с указанием обстоятельств произошедшего и принятых мерах.*

**Директор**  
**Ответственный**  
**медицинский работник**

**М.П.**

**Е.А. Боброва**  
**М.Н. Самарина**