



**ПРАВИТЕЛЬСТВО
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от « ____ » _____ 2020 года № _____

г. Луганск

**О внесении изменений в Правила подбора, учета и подготовки граждан,
выразивших желание стать опекунами или попечителями
совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных
граждан**

В соответствии со статьями 8, 10 Закона Луганской Народной Республики от 08.11.2018 № 280-П «Об опеке и попечительстве», статьями 13, 23 Закона Луганской Народной Республики от 31.07.2019 № 77-Ш «О Правительстве Луганской Народной Республики», Правительство Луганской Народной Республики постановляет:

1. Внести в Правила подбора, учета и подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, утвержденные постановлением Правительства Луганской Народной Республики от 03.12.2019 № 739/19 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных и не полностью дееспособных граждан» (далее – Правила), следующие изменения:

1.1. Подпункт «в» пункта 5 Правил после слов «Министерством здравоохранения Луганской Народной Республики» дополнить словом и цифрой «(приложение № 4)».

1.2. Дополнить Правила приложением № 4 следующего содержания:

«Приложение № 4
к Правилам подбора, учета
и подготовки граждан, выразивших
желание стать опекунами или
попечителями совершеннолетних
недееспособных или не полностью
дееспособных граждан

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о состоянии здоровья заявителя**

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Место проживания _____
(адрес)

Данные медицинского обследования:

Дерматовенеролог

_____ (диагноз, шифр согласно МКБ-10) _____ (дата)

Психиатр

_____ (диагноз, шифр согласно МКБ-10) _____ (дата)

Фтизиатр

_____ (диагноз, шифр согласно МКБ-10) _____ (дата)

Терапевт

_____ (диагноз, шифр согласно МКБ-10) _____ (дата)

Нарколог

_____ (диагноз, шифр согласно МКБ-10) _____ (дата)

Данные лабораторного исследования:

Реакция Вассермана _____
(дата, результат)

ВИЧ-инфицированность _____
(дата, результат)

Группа инвалидности* _____ требует/не требует _____
(указать группу инвалидности) (указать необходимое)

постоянного/непостоянного _____ постороннего ухода.
(указать необходимое)

Окончательное

закключение _____

_____ (наименование должности руководителя
учреждения здравоохранения)

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

*Заполняется в случае наличия инвалидности».

2. Настоящее постановление вступает в силу через 10 (десять) дней после его официального опубликования.

Председатель Правительства
Луганской Народной Республики

С. И. Козлов