***Додаток 1***

1. **Загальна інформація про реабілітаційну установу, заклад охорони здоров’я**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Повна назва реабілітаційної установи, закладу охорони здоров’я |  | |
| 2 | Скорочена назва реабілітаційної установи, закладу охорони здоров’я |  | |
| 3 | Форма власності |  | |
| 4 | Чи є платником податку |  | |
| 5 | Головна організація (при наявності) |  | |
| 6 | Фактична адреса |  | |
| 7 | Юридична адреса |  | |
| 8 | Телефон, тел./факс |  | |
| 9 | Електронна пошта |  | |
| 10 | Веб-сайт |  | |
| 11 | Код за ЕДРПОУ |  | |
| 12 | Банківські реквізити (для укладання договору) |  | |
| 13 | Прізвище, ім’я, по батькові директора, засіб зв’язку |  | |
| 14 | Тип Центру (Комплексна/Професійна/Соціальна/Змішаного типу реабілітація ) *вибрати* |  | |
| 15 | Дата створення |  | |
| 16 | Вид діяльності |  | |
| 17 | Кількість місць для проживання в рік (при наявності) |  | |
| 18 | Джерело фінансування (приватне/ державне/місцеве фінансування) |  | |
| 19 | Категорії осіб, що обслуговує реабілітаційна установа, заклад охорони здоров’я (зазначити):  діти з інвалідністю (зазначити вікову категорію)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  діти віком до 3 років включно, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності);  особи з інвалідністю (старше 18 років) (зазначити вікову категорію)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| 20 | Загальна кількість (всього на 1 січня поточного року) та на рік:  при амбулаторному режимі реабілітації \_\_\_\_\_\_\_\_\_осіб в місяць/\_\_\_\_\_\_\_осіб в рік  при стаціонарному режимі реабілітації \_\_\_\_\_\_\_\_\_осіб в місяць/\_\_\_\_\_\_\_осіб в рік | | |
| 21 | Режим реабілітації (зазначити):  амбулаторно  стаціонарно  ***або***  амбулаторно/стаціонарно | | |
| 22 | Режим роботи (зазначити, наприклад – цілорічний, або період) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 23 | Інформація про установчі документи та структуру реабілітаційної установи.  *(положення (статут) про реабілітаційну установу (копію додати до цієї форми, або зазначити чітке посилання на веб-сайт де можна з ним ознайомитись)* | | |
| 24 | Інформація про надання установою, закладом реабілітаційних заходів за основними нозологічними формами захворювання: (зазначити)  усіх нозологічних форм захворювання;  ***або***  з ураженням опорно-рухового апарату;  з ураженням центральної і периферичної нервової системи,  *у тому числі з ДЦП;*  з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю,  *у тому числі*:  із синдромом Дауна  із Аутизмом;  з ураженням органів слуху;  з ураженням органів зору;  з ураженням внутрішніх органів;  з онкологічними захворюваннями | | *У разі необхідності можна зазначити додаткову інформацію* |
| 25 | Інформація про надання установою, закладом реабілітаційних заходів за видами реабілітації: (зазначити)  комплексної реабілітації  ***або***  з медичної реабілітації  з фізичної реабілітації  з соціальної реабілітації  з психологічно-педагогічної реабілітації  з професійної реабілітації  з трудової реабілітації  з фізкультурно-спортивної реабілітації  ***та***  послуги раннього втручання для дітей віком до 3 років включно, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності) | | *У разі необхідності можна зазначити додаткову інформацію* |

**2.Інформація щодо ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики** (додати копію документу)

|  |  |
| --- | --- |
| Ліцензія серія, №, строк (наказ МОЗ від \_\_\_\_ №) |  |

**3. Інформація щодо реабілітаційних заходів для дітей з інвалідністю**

(до 0,5 сторінки друкованого тексту; зазначити чітке посилання на сторінку веб сайту реабілітаційної установи де можна ознайомитись з повним переліком реабілітаційних заходів для дітей з інвалідністю, які надаються реабілітаційною установою за рахунок коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення реабілітації дітей з інвалідністю та перелік додаткових послуг, які можуть надаватися на платній основі; методи, що застосовуються; наявність у реабілітаційній установі відповідного кваліфікованого штату працівників, матеріально-технічної бази; зазначити інші послуги, які надаються реабілітаційною установою, наприклад з харчування, проживання).

Достовірність наданої інформації підтверджую.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис керівника) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) |