



**КРЫМСКИЙ ДЕТСКИЙ
ХОСПИС**

АНО «Крымский Детский Хоспис»
Генеральный директор
Рыжкова Анна Владимировна
Республика Крым, Симферопольский
район, с. Новозбуриевка, ул. Бугары 1-а
8 (978) 043 45 46
dionis.tmt@gmail.com

ИНН/КПП 9103090690/910301001
ОГРН 1199112004761
Расчетный счет 40703810942650101327
Получатель Автономная Некоммерческая
Организация «Крымский Детский Хоспис»
БИК банка 043510607 | РНКБ Банк (ПАО)
ОКВЭД 87.10

Приложение №4 к Положению об отделении социальной помощи

Личная карта № _____

Дата поступления: «__» _____ 20__ года

Дата выбытия: «__» _____ 20__ года

Сведения о ребенке

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Адрес проживания	
Контактные телефоны	
Социальный статус ребенка	☐ о Посещает детский сад ☐ о Посещает школу ☐ о Учится на дому ☐ о Неорганизованный
Основной диагноз	
Ф.И.О. лечащего врача	
Телефон лечащего врача	
Медицинская организация	

1. Состав семьи.**Родители или лица их заменяющие:****Мать** _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения _____ Семейное положение _____

Образование _____

Место работы, должность _____

Отец _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения _____ Семейное положение _____

Образование _____

Место работы, должность _____

Дети:

Фамилия Имя Возраст _____

Фамилия Имя Возраст _____

Фамилия Имя Возраст _____

Фамилия Имя Возраст _____

2. Взаимодействуете ли вы с какими-либо общественными организациями или благотворительными фондами? _____**Информация о ребенке**

Физические особенности и ограничения	
Режимные моменты (сон, отдых, гигиена, еда)	
Чем ребенку (подростку) нравится заниматься?	
Любимый фильм \ мультфильм \ книга \ музыка?	
Уровень компьютерной грамотности	
Есть ли у ребенка (подростка) опыт пребывания без родителей в медицинском / реабилитационном учреждении?	
Есть ли какие-нибудь психологические особенности, которые стоит учитывать при организации занятий и досуга?	

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____ (_____)