ПРАВИТЕЛЬСТВО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 14.12.2021 № 993

О внесении изменений в постановление Правительства Самарской области от 03.08.2021 № 539 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе»

В целях уточнения отдельных вопросов организации межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, Правительство Самарской области ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление Правительства Самарской области от 03.08.2021 № 539 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе» следующие изменения:

приложение 1 к Регламенту межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе (далее – Регламент), изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему постановлению;

приложение 5 к Регламенту изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

018283

2. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области и министерство здравоохранения Самарской области.

3. Опубликовать настоящее постановление в средствах массовой информации.

4. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

Первый вице-губернатор – председатель Правительства Самарской области



В.В.Кудряшов

Воробьева 3342702

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к постановлению Правительства
Самарской области
от 14.12.2021 № 993

СОГЛАСИЕ
на обработку и передачу персональных данных

Я,_____,
(Ф.И.О.)
паспорт _____ выдан _____,
(серия, номер) (когда и кем выдан)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
настоящим даю свое согласие _____
(наименование организации)
на обработку моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения;

адрес регистрации (фактического проживания);

номер телефона гражданина либо родственника/законного представителя;

тип документа, удостоверяющего личность;

данные документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС;

информация об инвалидности;

информация о состоянии здоровья, рекомендации по уходу;

данные индивидуального плана ухода, договора о социальном обслуживании;

данные индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях оказания медицинской помощи и социального обслуживания, а также хранения данных на электронных носителях в единой медицинской информационно-аналитической системе и государственной информационной системе Самарской области «Социальное обслуживание граждан».

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая без ограничения сбор,

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в медицинские организации, организации социального обслуживания, координационный центр системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» и Федеральным законом «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

Я проинформирован(а) о том, что медицинская организация/организация социального обслуживания гарантирует обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» и Федеральным законом «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Настоящее согласие действует на период до истечения сроков хранения соответствующей информации, определяемых законодательством Российской Федерации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«__»_____20__г. _____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к постановлению Правительства
Самарской области
от 14.12.2021 № 993

МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по уходу за гражданином пожилого возраста и инвалидом, нуждающимися в постороннем уходе

Режим (постельный/домашний/амбулаторный)	
Питьевой режим (самостоятельно/необходима помощь)	
Прием медикаментов (наименование (если разрешена передача данных), дозировка, кратность приема, контроль приема: самостоятельно, требуется контроль)	
Рекомендуемые консультации специалистов, необходима помощь в записи на прием и сопровождение в медицинскую организацию, необходима помощь в вызове специалиста на дом	
Необходимость проведения перевязок (кратность)	
Необходимость использования технических средств реабилитации	
Медицинские противопоказания (в том числе аллергические реакции)	