

**Памятка для клиентов, заезжающих в АНО ДООЦ «Алые паруса»
на пилотный проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и
абилитации детей инвалидов**

Уважаемые родители, обращаем ваше внимание, что медицинские услуги, в рамках реализации пилотного проекта, не предусмотрены.

Заезд в центр «Алые паруса» осуществляется с 10:00 до 12:00

Документы для оформления на реабилитацию (согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на разрешение фото и видео съемки) необходимо заполнить до заезда в АНО ДООЦ «Алые паруса»

Документы, необходимые для приема:

Для ребёнка с инвалидностью:

- документ, удостоверяющий личность (копия свидетельства о рождении или копия паспорта несовершеннолетнего)
- санаторно-курортная карта, с развернутым диагнозом, по которому оформлена инвалидность (действительна в течение 1 месяца);
- справка об отсутствии контакта с инфекционными больными, в том числе с больными коронавирусной инфекции (действительна в течение 3 дней);
- сведения о прививках или копия сертификата о прививках (манту, либо Диаскин-тест (не позднее 12 месяцев), детям, старше 15 лет – флюорография);
- справка для посещения бассейна с результатами анализов на я/г и энтеробиоз (действует в течение 1 месяца);
- оригиналы документов: справка МСЭ, СНИЛС;
- в случае необходимости диетического (особого) питания, наличия аллергий; справка от педиатра о рекомендуемом питании.

Для лиц, осуществляющих уход:

- *документ, удостоверяющий личность (копия)
- *справка об отсутствии контакта с инфекционными больными, в том числе с больными коронавирусной инфекции (действительна в течение 3 дней); по месту жительства;
- *Кровь RW
- *Флюорография органов грудной клетки
- *Справка для посещения бассейна (анализ кала на яйца глистов и энтеробиоз, для женщин: осмотр гинеколога + мазок на гонококк, осмотр дерматовенеролога, для мужчин: осмотр дерматовенеролога + мазок) (срок действия справки 1 месяц);
- *СНИЛС;
- *Банковская карта «МИР», которую указывали в заявлении на участие в пилотном проекте.

В случае если сопровождающий не является законным представителем, необходимо иметь доверенность на сопровождение ребенка, заверенное у нотариуса.

При себе необходимо иметь:

- Вещи по сезону
- Предметы личной гигиены
- Лекарства постоянного приёма (если прописаны врачом)
- Спортивную обувь и одежду для занятий АФК
- Купальные принадлежности, шапочка для купания, сланцы для ребенка и сопровождающего.

Адрес: 625519, Тюменская область, Тюмень, 24 км Червишевского тракта, Алые паруса 2 причал
Тел. 8(950)4912224 (Телеграмм)

**Согласие законного представителя на обработку своих персональных данных (ПД) и ПД
«Ребенка».**

Я, _____,
ФИО родителя или законного представителя

паспорт _____, выдан _____
серия номер когда, кем

*(в случае опекунства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого
осуществляется опека или попечительство)*

адрес проживания

являющийся родителем (законным представителем) ребенка

фамилия, имя, отчество ребенка

паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан _____
серия номер когда, кем

адрес проживания

на основании Семейного кодекса Российской Федерации и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка (далее – Ребенок) АНО ДООЦ «Алые паруса», расположенной по адресу: 625000, Тюменская область, Тюменский район, 24 км. Червишевского тракта, в связи с направлением Ребенка в АНО ДООЦ «Алые паруса» для пилотного проекта АНО ДООЦ «Алые паруса» программ.

Перечень своих персональных данных, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта, сведения о выдаче паспорта, включая дату выдачи и код подразделения, место регистрации и место фактического проживания, номер домашнего и служебного телефона, мобильного телефона, место работы, занимаемая должность, дополнительные данные, которые я сообщил(-а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, школа, класс, место регистрации и место фактического проживания, дата регистрации по месту проживания, дата рождения, место рождения, серия и номер паспорта (свидетельства о рождении), сведения о выдаче паспорта (свидетельства о рождении), включая дату выдачи и код подразделения, серия и номер миграционной карты, вида на жительство, разрешения на временное проживание, телефон, адрес электронной почты, результаты участия Ребенка в различных олимпиадах, смотрах, конкурсах, соревнованиях и т.п., сведения о состоянии здоровья, дополнительные данные, которые я сообщил(-а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Вышеуказанные персональные данные представлены с целью: надлежащего оказания АНО ДООЦ «Алые паруса» услуг по организации пилотного проекта в рамках заключенного договора, а также иных услуг, не противоречащих Уставной деятельности АНО ДООЦ «Алые паруса».

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизация, накопление, автоматизированная обработка, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, ГИБДД УМВД по Тюменской области в целях сопровождения организованных групп детей, по письменному запросу уполномоченных организаций, обезличивание и уничтожение персональных данных.

Я даю согласие на передачу всего объема персональных данных: в архив АНО ДООЦ «Алые паруса»; транспортным компаниям; страховым компаниям; медицинским и лечебным организациям и учреждениям; иным юридическим и физическим лицам – исключительно для нужд обеспечения участия Ребенка в программах (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных), реализуемых АНО ДООЦ «Алые паруса», а также на блокирование и уничтожение персональных данных.

Я согласен (-сна), что обработка персональных данных может осуществляться как с использованием автоматизированных средств, так и без таковых.

Данное согласие действует с даты заключения договора на оказание услуг с АНО ДООЦ «Алые паруса» и срок хранения документов в соответствии с архивным законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом АНО ДООЦ «Алые паруса». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия АНО ДООЦ «Алые паруса» обязана прекратить обработку или обеспечить прекращение обработки персональных данных и уничтожить или обеспечить уничтожение персональных данных в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных АНО ДООЦ «Алые паруса» обязана уведомить меня в письменной форме.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____ / _____

Подпись

Фамилия, инициалы

сторона 1

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для
получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в
период пребывания в оздоровительной организации

Я, _____
Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя

« _____ » _____ г. рождения

Проживающий (-ая) по адресу: _____
адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

_____ контактный телефон

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему
ребенку

_____ Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

« _____ » _____ г. рождения, чьим законным представителем я
являюсь, _____

Проживающего по адресу: _____
фактический адрес проживания ребенка

При оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в
оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи
в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой
медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае
невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об
объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской
помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи
моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику
оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на весь срок пребывания ребенка в
АНО ДООЦ «Алые паруса».

_____ подпись _____ Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

_____ подпись _____ Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« _____ » _____ 20 _____ г.
Дата оформления добровольного информированного согласия

**Перечень
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи.**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Дополнительные сведения об особенностях здоровья ребенка

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя)

являясь законным представителем _____
(Ф.И.О. ребенка)

добровольно сообщаю сведения о следующих индивидуальных особенностях здоровья моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов:

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя)

подтверждаю, что сообщил(-а) всю исчерпывающую информацию об особенностях здоровья своего ребенка.

В случае возникновения острых состояний здоровья своего ребенка в период его нахождения в АНО ДООЦ «Алые паруса», по причине заболеваний (особенностей здоровья ребенка) о которых мной не было сообщено, я _____
подтверждаю, что АНО ДООЦ «Алые паруса» ответственности за жизнь и здоровье моего ребенка не несет.

**Согласие
на размещение фотографий и видеосюжетов с участием ребёнка
на страницах сети Интернет, использование в рекламной продукции.**

Заявление

Я, _____
родитель (законный представитель)

в соответствии со статьей 125.1 Гражданского кодекса Российской Федерации выражаю свое согласие на размещение фотографий и видеосюжетов с участием меня и моего ребёнка в игровых и режимных моментах во время нахождения нас в АНО ДООЦ «Алые паруса» и на иных мероприятиях, на следующих страницах сети Интернет:

1. официальный сайт <http://parusa-tmn.ru>
2. страница социальной сети «В контакте» https://vk.com/alue_parusa
3. страница на YouTube <https://www.youtube.com/>
4. съемки телекомпаниями Тюменской области и др.

а также использовать в рекламной, в том числе печатной продукции АНО ДООЦ «Алые паруса»

« ____ » _____ 20__ года

Подпись родителя (законного представителя)

Услуга по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов по пилотному проекту предоставляется с использованием электронного сертификата (Электронный сертификат-это, электронная запись в каталоге СФР, привязанная к карте платежной системы «МИР», открытой в любом банке Российской Федерации).

В день заезда в АНО ДООЦ «Алые паруса» при себе необходимо иметь именно ту пластиковую карту, номер, которой указан в заявлении на МСЭ.

Граждане, не имеющие при себе эту карту, приниматься на реабилитацию не будут.

В случае, если карта была утеряна, заблокирована или произошла замена карты, вам необходимо обратиться по тел. СФР (3452) 799-744, как минимум за две недели до заезда.

Порядок получения компенсации расходов на оплату стоимости проезда личным автомобильным/общественным транспортом до организации, осуществляющей реабилитацию по пилотному проекту.

Родитель (законный представитель) ребенок-инвалида в срок не позднее 10 рабочих дней после окончания услуг по комплексной реабилитации и абилитации ребенка-инвалида подает следующие документы:

- Заявление на компенсацию расходов на оплату стоимость проезда личным автомобильным транспортом (с указанием номера платежной карты родителя (законного представителя ребенка-инвалида, являющейся национальным платежным инструментом, и данных об автомобильном транспорте в соответствии с транспортом технического средства)
- Документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) ребенка – инвалида;
- Документ, подтверждающий полномочия законного представителя ребенка-инвалида (в случае если за предоставлением проезда обращается законный представитель ребенка-инвалида)
- Кассовые чеки автозаправочных станций (оригинал).
- Договор и АКТ выполненных услуг по пилотному проекту.

Если для проезда до организации использовали общественный транспорт, то необходимо сохранить чек и дальнейшие шаги по компенсации расходов уточнить в службе СФР (тел. 8(3452)79-97-20).

Телефон для взаимодействия с родителями (законными представителями) детей-инвалидов, проживающих на территории Тюменской области: 8(3452)79-97-20.

