



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**П Р И К А З**

27.09.2017

№ 691

**О выдаче справок о  
праве граждан на жилищные  
льготы по состоянию здоровья**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 21.07.2017 № 859 «О признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», в целях совершенствования системы организации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы по выдаче гражданам единой справки о праве на жилищные льготы по состоянию здоровья **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Форму 1 справки о праве гражданина на жилищные льготы по состоянию здоровья (приложение 1),

1.2. Форму 2 справки о праве гражданина на жилищные льготы по состоянию здоровья (приложение 2).

2. **Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы** обеспечить выдачу гражданам (законным представителям), в том числе по запросу Департамента городского имущества города Москвы, справок о праве на жилищные льготы по состоянию здоровья по формам 1, 2 (приложения 1, 2) с учетом требований статей 13, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Заместителю руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **А. В. Старшину** осуществлять контроль за обоснованностью выдачи единых справок о праве на жилищные льготы по состоянию здоровья при проведении проверок медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы.

4. Считать утратившим силу пункты 1, 2 и 5 приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 18.02.2013 № 117 «О выдаче справок о праве на жилищные льготы по состоянию здоровья» и письмо Комитета здравоохранения города Москвы от 10.07.2002 № 32-12-6283 «О направлении формы справки о праве на жилищные льготы по состоянию здоровья»

5. Приказ вступает в силу с 01 января 2018 г.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **А.В. Погонина**.

**Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы**



**А. И. Хрипун**

Штамп медицинской организации

Форма 1

СПРАВКА  
О ПРАВЕ ГРАЖДАНИНА НА ЖИЛИЩНЫЕ ЛЬГОТЫ ПО СОСТОЯНИЮ  
ЗДОРОВЬЯ

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

На основании запроса Управления Департамента городского имущества города  
Москвы в \_\_\_\_\_ административном округе  
города Москвы от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ сообщаем, что  
гр. \_\_\_\_\_,  
инвалид \_\_\_\_\_ группы, \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
согласно приказу Минздрава России от 29.11.2012 № 987н «Об утверждении перечня  
тяжелых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное  
проживание граждан в одной квартире»:

имеет      не имеет  
(нужное подчеркнуть)

тяжелую форму хронического заболевания, указанного в данном перечне.

Справка выдана для представления в Департамент городского имущества  
города Москвы и действительна два года со дня выдачи.

Лечащий врач:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заведующий отделением:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Главный врач:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Круглая печать  
медицинской организации

Штамп медицинской организации

Форма 2

СПРАВКА  
О ПРАВЕ ГРАЖДАНИНА НА ЖИЛИЩНЫЕ ЛЬГОТЫ ПО СОСТОЯНИЮ  
ЗДОРОВЬЯ

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

На основании запроса Управления Департамента городского имущества города  
Москвы в \_\_\_\_\_ административном округе  
города Москвы от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ сообщаем, что  
гр. \_\_\_\_\_,  
инвалид \_\_\_\_\_ группы, \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
согласно приказу Минздрава России от 30.11.2012 № 991н «Об утверждении перечня  
заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую  
площадь»:

имеет      не имеет  
(нужное подчеркнуть)

заболевание, указанное в данном перечне.

Справка выдана для представления в Департамент городского имущества  
города Москвы и действительна два года со дня выдачи.

Лечащий врач:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заведующий отделением:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Главный врач:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Круглая печать  
медицинской организации