

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი  
სოციალური მომსახურების სააგენტო

# ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030442963995615

04-143/ო

18 / მაისი / 2015 წ.

**“სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის”  
ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის განსაზღვრის შესახებ“ სსიპ-სოციალური  
მომსახურების სააგენტოს 2015 წლის 23 თებერვლის 04-54/ო ბრძანებაში ცვლილების  
შეტანის თაობაზე**

„ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ცვლილების შესაბამისად ემატება მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება – შპს „ნეოგენი“), შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების მსურველი პირის განცხადების ფორმის დაზუსტების მიზნით, “სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის” ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის განსაზღვრის შესახებ“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 23 თებერვლის 04-54/ო ბრძანებაში ცვლილების შესატანად, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების მე-4 მუხლის საფუძველზე,

**ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:**

1. “სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის” ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის განსაზღვრის შესახებ“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 23 თებერვლის 04-54/ო ბრძანების მე-2 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში მომსახურების მიღების მსურველი პირის განცხადების ფორმა“ (დანართი N5) შეიცვალოს წინამდებარე ბრძანებაზე თანდართული რედაქციით.

2. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებისა და მისი დანართის განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე ([www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)).

3. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს  
დირექტორი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის  
მინისტრის მოადგილე



ზაზა სოფრომაძე

სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ან მისი ტერიტორიული ერთეულის დასახელება

**გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა**

პაციენტის სახელი, გვარი \_\_\_\_\_

პირადი ნომერი \_\_\_\_\_ დაბადების დღე, თვე, წელი \_\_\_\_\_

დაინტერესებული პირის სახელი, გვარი \_\_\_\_\_ პირადი ნომერი \_\_\_\_\_

პაციენტის ან დაინტერესებული პირის ფაქტობრივი მისამართი: \_\_\_\_\_

საკონტაქტო ნომრები \_\_\_\_\_

*გთხოვთ, მიუთითოთ შემდეგი ინფორმაცია:*

- არ მისარგებლია „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში;
- რეგისტრირებული ვარ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და ჩემი ოჯახისათვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს.

**გთხოვთ, ჩამართოთ „ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტში“.** დანართის სახით წარმოგიდგენთ:

მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემულ ფორმას NIV-100/ა, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლს (დაინტერესებული პირის შემთხვევაში, დამატებით, მისი პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი) და ამონაწერს „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან“ (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

**მსურს მკურნალობა ჩავიტარო:**

მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება (მისამართი)	✓ მონიშვნა
1. შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“ (ქ. თბილისი, ქავთარაძის N21 ა)	
2. შპს სამედიცინო ცენტრი „ურანტი“ (ქ. თბილისი, ნუცუბიძის 5 მ/რ, კორპ.2ა)	
3. შპს ნარკოლოგიური კლინიკა „ბემონი“ (ქ. თბილისი, ქავთარაძის N16)	
4. შპს „ჯ.ჭანტურიას სახელობის სამედიცინო ცენტრი“ (ქ. თბილისი, ერისთავის N3)	
5. შპს „ნარკოლოგიური ცენტრი“ (ქ. ბათუმი, ნიკო ჯაყელის N44)	
6. შპს „ნეოგენი“ (ქ. თბილისი, ა. გობრონიძის ქ. N27)	

**ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ვიცნობ პროგრამით სარგებლობის პირობებს, მათ შორის:**

\* მომსახურების მიწოდება განხორციელდება მონიშნულ მიმწოდებლებს შორის, მხოლოდ ერთ-ერთში, თავისუფალი ტექნიკური რესურსის გათვალისწინებით;

\* მომლოდინეთა რიგში ბენეფიციარის შემდეგ მყოფი პირის მოთხოვნა შესაძლებელია დაკმაყოფილდეს უფრო ადრე იმ მიმწოდებელთან, რომელიც არ არის მონიშნული განმცხადებლის მიერ ან პირისათვის სამედიცინო მომსახურების გადაუდებლობის შემთხვევაში;

\* თანხმობის წერილის საფუძველზე, მკურნალობის დაწყება უნდა განხორციელდეს თანხმობის წერილის გაცემიდან არაუგვიანეს 15 კალენდარული დღისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მომლოდინე კარგავს მოპოვებულ რიგს, ხოლო თანხმობის წერილი ჩაითვლება ძალადაკარგულად და განმარტობის შემთხვევაში და მიმწოდებლის წინაშე მომსახურების ანაზღაურების პასუხისმგებლობა.

განმცხადებლის ხელმოწერა \_\_\_\_\_ თარიღი \_\_\_\_\_