



**Департамент здравоохранения, труда
и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа**

ПРИКАЗ

от 07 октября 2024 г. № 43
г. Нарьян-Мар

**Об утверждении Порядка
межведомственного взаимодействия,
участников системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами на территории
Ненецкого автономного округа**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», на основании приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», постановления Администрации Ненецкого автономного округа от 08.11.2023 № 302-п «О реализации модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Ненецком автономном округе» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) Порядок межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами согласно Приложению 1;

2) Перечень медицинских организаций, участвующих в системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Ненецкого автономного округа согласно Приложению 2;

3) Перечень организаций социального обслуживания, участвующих в системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Ненецкого автономного округа согласно

Приложению 3.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Исполняющий обязанности
руководителя Департамента
здравоохранения, труда
и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа



П.А. Лудников

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения, труда
и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа
от 07.10.2024 № 43
«Об утверждении Порядка
межведомственного
взаимодействия участников
системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком
автономном округе»

**Порядок
межведомственного взаимодействия
участников системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами на территории
Ненецкого автономного округа**

1. Настоящий Порядок определяет механизм межведомственного взаимодействия, в том числе информационного, участников системы долговременного ухода в рамках создания системы долговременного ухода в Ненецком автономном округе.

2. Участники межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода:

1) Департамент здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа (далее – Департамент);

2) организации социального обслуживания независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющие социальное обслуживание (далее – поставщики социальных услуг);

3) медицинские организации независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

4) региональный и территориальный координационные центры, созданные на базе казенного учреждения Ненецкого автономного округа

«Дирекция материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения и социальной защиты населения», подведомственного Департаменту, не являющегося поставщиком социальных услуг (далее – уполномоченная организация, не являющаяся поставщиком социальных услуг);

3. Обмен информацией между участниками межведомственного взаимодействия осуществляется на бумажных (электронных) носителях с обеспечением конфиденциальности, сохранности и установленного порядка использования сведений в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 6 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 08.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

4. Участники межведомственного взаимодействия:

несут ответственность за достоверность представляемой информации в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации;

несут ответственность за разглашение либо иные последствия передачи такой информации третьим лицам в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации;

обязаны обеспечить безопасность хранения информации и защиту от несанкционированного доступа к ней третьих лиц.

5. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, обеспечивают:

1) назначение в медицинских организациях лиц, ответственных за межведомственное взаимодействие;

2) выявление граждан, нуждающихся в долговременном уходе, из числа пациентов, в том числе по результатам проведения комплексной гериатрической оценки состояния пациентов;

3) информирование граждан, нуждающихся в долговременном уходе, их законных представителей, родственников, лиц, осуществляющих уход за ними, о перечне предоставляемых социальных услуг, порядке и условиях предоставления социальных услуг, адресах, контактных телефонах медицинских организаций, поставщиков социальных услуг и уполномоченной организации, не являющейся поставщиком социальных услуг;

4) направление информации о выявленных гражданах, нуждающихся в долговременном уходе, в уполномоченную организацию, не являющуюся поставщиком социальных услуг по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку:

в амбулаторных условиях – в течение 3 рабочих дней со дня выявления таких граждан;

в стационарных условиях – не позднее чем за 5 дней до планируемой выписки гражданина;

5) предоставление качественной и своевременной необходимой медицинской помощи гражданам, нуждающимся в уходе и социальном сопровождении, в том числе проведение диспансерного наблюдения за ними в соответствии с требованиями действующего законодательства, с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

6. Медицинские организации, указанные в приложении 2 к настоящему Порядку, обеспечивают направление по запросу уполномоченной организации, не являющейся поставщиком социальных услуг, в течение 5 рабочих дней со дня получения запроса сведений об имеющихся у гражданина пожилого возраста (инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода за ним по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку.

7. Уполномоченная организация, не являющаяся поставщиком социальных услуг, обеспечивает:

1) назначение лиц, ответственных за обеспечение межведомственного взаимодействия;

2) формирование и ведение реестра граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку, при этом:

осуществление сверки данных, поступивших в уполномоченную организацию, не являющуюся поставщиком социальных услуг, с информацией о получателях социальных услуг, находящихся на социальном обслуживании у поставщиков социальных услуг;

запрос рекомендаций по медико-социальному сопровождению гражданина в рамках системы долговременного ухода по форме согласно приложению 4 к настоящему Порядку;

определение потребности в социальных услугах, в случае если гражданин не является получателем социальных услуг;

обеспечение проведения мониторинга данных о гражданах, отказавшихся от социального обслуживания;

3) признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в соответствии с Порядком предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Ненецком автономном округе, утвержденным постановлением Администрации Ненецкого автономного округа от 16.12.2014 № 487-п. В отношении граждан, получающих паллиативную медицинскую помощь, решение о признании нуждающимся в социальном обслуживании принимается не позднее 2 рабочих дней с даты подачи заявления и документов;

4) разработку индивидуальной программы предоставления социальных услуг по форме, утвержденной приказом Минтруда России от 10.11.2014 № 874н «О примерной форме договора о предоставлении социальных услуг, а также о форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг», с учетом полученных медицинских рекомендаций и проведенной анкеты-опросника для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах

по уходу;

5) представление в Департамент ежемесячных отчетов о реализации мероприятий системы долговременного ухода согласно приложению 5 к настоящему Порядку;

6) оказание помощи участникам системы долговременного ухода по вопросам, возникающим в процессе межведомственного взаимодействия;

7) осуществление организационно-методического и консультативного сопровождения участников межведомственного взаимодействия.

9. При осуществлении полномочий Уполномоченная организация, не являющаяся поставщиком социальных услуг, вправе:

1) запрашивать и получать от органов исполнительной власти и подведомственных им организаций, участвующих в реализации системы долговременного ухода, информацию и документы, необходимые для выполнения возложенных обязанностей;

2) разрабатывать и вносить предложения по совершенствованию межведомственного взаимодействия системы долговременного ухода;

3) участвовать в работе конференций, совещаний, семинаров, рабочих групп по вопросам, связанным с реализацией системы долговременного ухода;

4) разрабатывать методические рекомендации по вопросам реализации системы долговременного ухода.

10. Обязательным условием передачи персональных данных гражданина, нуждающегося в уходе, является его письменное согласие на обработку и распространение его персональных данных по форме согласно приложению 6 к настоящему Порядку.

В случае отсутствия согласия на передачу персональных данных гражданину, нуждающемуся в уходе, либо иному лицу, действующему в его интересах, разъясняется порядок обращения в организации социального обслуживания для получения социальных услуг.

Приложение 1
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком
автономном округе»

Информация
о выявленных гражданах, нуждающихся в долговременном уходе

Медицинская организация, оформившая направление:

Дата составления информации: _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____ возраст _____ лет

СНИЛС: _____

Адрес регистрации по месту жительства/пребывания:

Адрес фактического проживания:

Медицинская организация по месту прикрепления:

Контактный телефон пациента: _____

Контактные данные родственников пациента:

Планируемая дата выписки пациента из стационара (заполняется в стационаре при госпитализации пациента)

По результатам осмотра у пациента отмечены следующие отклонения в состоянии здоровья:

1.1. Общее состояние пациента

- слабость
(степень выраженности):

легкая

умеренная

выраженная

Состояние после перенесенного:

- острого нарушения мозгового кровообращения
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- хирургического вмешательства
- травмы
- оперативного вмешательства на опорно-двигательном аппарате
- вмешательства по поводу онкологии
- прочие состояния (указать какое) _____

Наличие у пациента выраженных клинических проявлений возрастных изменений и когнитивных нарушений:

1.2. Условия проживания:

Проживает

- один
- с родственниками
- бож

Возможно проживание самостоятельно

- да
- при условии посещения родственниками или помощником по уходу
- при условии социального обслуживания на дому

Не может проживать самостоятельно

Нуждается в оформлении в стационарное учреждение социального профиля

1.3. Нуждаемость в средствах реабилитации и средствах ухода

Нуждается в средствах малой реабилитации:

- в ходунках
- в трости
- в костылях
- в кресле-каталке
- другое (указать) _____

Нуждается в средствах ухода:

- в памперсах
- в пеленках
- другое (указать) _____

Заключение:

(Ф.И.О. пациента)

нуждается в организации ухода и осуществлении социального сопровождения.

Лечащий врач Ф.И.О. _____

подпись

контактный телефон: _____

Приложение 2
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком
автономном округе»

Сведения
об имеющихся у гражданина пожилого возраста (инвалида)
ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях
по организации ухода за ним

Сведения о медицинской организации:

Наименование медицинской
организации

Должностное лицо, ответственное за
ведение персонифицированного учета
пациентов, нуждающихся в
долговременном уходе

ФИО

Должность

Контактный телефон

Сведения о гражданине пожилого возраста (инвалиде):

Ф.И.О пациента	
Дата рождения	
Адрес регистрации	
Адрес фактического проживания	
Контактный телефон	
Место пребывания пациента	

на день подачи сведений (в больнице/по месту фактического проживания/иное)

Состав семьи	проживает с родственниками, одинокий, одиноко проживающий (иное, указать) _____
Наличие родственников (иных лиц), осуществляющих уход за гражданином пожилого возраста (инвалидом)	Степень родства
	ФИО
	Контактный телефон
	Нет

Дееспособность	Дееспособный, Ограничено дееспособный, Недееспособный (указать)
----------------	---

Наличие опекуна	ФИО
	Контактный телефон

Показатель	Содержание	Сведения, рекомендации
Реабилитационный потенциал	Количество баллов по ШРМ <*>: 1-2-3-4-5-6 (указать)	
Наличие инвалидности	Наличие, группа инвалидности: 1, 2, 3 (либо необходимость освидетельствования МСЭ) (указать)	
	Наличие ИПРА/необходимость ее разработки/получения (пересмотра) (да/нет//да/нет)	
Наличие отдельных заболеваний, определяющих нуждаемость в паллиативной помощи, ведущий синдром	Наличие злокачественного новообразования (да/нет)	
	Наличие болезни Альцгеймера в терминальной стадии (да/нет)	
	Ведущий синдром (хронический болевой синдром/одышка/отеки/слабость/прогрессирование заболевания/тошнота/рвота/запор/асцит/другое) (указать)	
Имеющиеся ограничения жизнедеятельности	Питается через зонд (да/нет)	
	Находится на искусственной вентиляции легких (да/нет)	

	Контроль дефекации и мочеиспускания (1 - контролирует, 2 - частично контролирует, 3 - не контролирует) (указать, при необходимости - с расшифровкой: 1, 2, 3)	
	Ограничения при передвижении (передвигается за пределами квартиры, передвигается по квартире (дому), находится на постоянном постельном режиме)	
	Ограничения самообслуживания (да/нет)	
Случаи падения в течение 3 месяцев	(да (указать, при необходимости - сколько раз и в течение какого периода)/нет)	
Когнитивный статус	Снижение памяти (да/нет)	
	Снижение внимания (да/нет)	
	Снижение ориентации (да/нет)	
Нуждаемость в посторонней помощи	Нуждается в сопровождении при передвижении за пределами квартиры (дома) (да/нет)	
	Нуждаемость в помощи при перемещении в/с кровати при вставании (1 - не нуждается в посторонней помощи при вставании из положения лежа в положение сидя, из положения сидя в положение стоя; 2 - нуждается в постоянной помощи при вставании из положения лежа в положение сидя, из положения сидя в положение стоя; 3 - полностью зависим при передвижении (прикован к кровати, креслу-каталке) (указать, при необходимости - с расшифровкой: 1, 2, 3)	
	Нуждаемость в помощи при подъеме по лестнице (1 - самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без них; 2 - нуждается в помощи при подъеме на этаж (сопровождение, необходимы подручные средства (трость, поручни); 3 - не может передвигаться по лестнице самостоятельно (указать, при необходимости - с расшифровкой: 1, 2, 3))	
	Нуждается в посторонней помощи для приготовления пищи (да/нет)	
	Нуждается в посторонней помощи при приеме пищи (да/нет)	
Рекомендации по наблюдению за состоянием	Необходимость контроля: А/Д, ЧСС, ЧДД, диуреза, стула, температуры, глюкозы крови, веса, др. (указать)	

здоровья	Периодичность (кратность) (указать)	
Рекомендации по контролю за прохождением медицинского осмотра	Необходимость контроля за посещением медицинских работников на дому (вызов их на дом) (да/нет)	
	Необходимость контроля за прохождением скрининговых обследований (да/нет)	
	Необходимость контроля за прохождением диспансеризации (да/нет)	
Рекомендации по приему лекарственных препаратов	Наличие льготы (федеральная, региональная) (да (указать какая)/нет)	
	Необходимость контроля за приемом лекарственных препаратов (1 - контроль не требуется; 2 - принимает самостоятельно, но необходимо напоминание; 2 - не может принимать самостоятельно)	
Рекомендации по питанию	Формат питания (обычный, энтеральный, парентеральный (наименование препарата) (указать)	
	В связи с наличием основного заболевания исключение (ограничение) продуктов (сладкого, соленого, др.)	
	При наличии сопутствующего заболевания противопоказания и рекомендации по приему продуктов питания	
	Частота приема пищи (количество раз в сутки) (указать)	
	Объем пищи, мл, в сутки/на 1 прием (указать)	
Рекомендации по питьевому режиму	Перечень рекомендуемых напитков (указать)	
	Объем, мл, в сутки/на прием (указать)	
	Наличие ограничений (да (указать)/нет)	
	Необходимость контроля питьевого режима (да/нет)	
Рекомендации по профилактике осложнений	Вид осложнения (воспаление легких, пролежни, др.) (да (указать)/нет)	
	Рекомендуемые мероприятия (изменение положения тела, комплекс физических упражнений, комплекс упражнений дыхательной гимнастики, вакцинация и др.) (указать)	
	Периодичность (указать)	
	Рекомендуемые гигиенические средства (указать)	

	Рекомендуемые средства малой реабилитации (противопрележневые матрасы, памперсы, др.) (указать)	
Рекомендации по приобретению медицинских приборов <*>	Рекомендуемые медицинские приборы (очки, глюкометры, слуховые аппараты и т.д.) (да (указать)/нет) вид, рецепт, др.	
Рекомендации по приобретению вспомогательных, технических средств реабилитации	Рекомендуемые вспомогательные, технические средства реабилитации (трость опорная, ходунки, кресло-коляска инвалидное, др.) (да (указать)/нет) вид, модель, др.	
Рекомендации по проведению мероприятий медицинской реабилитации <*>, <***>	(ЛФК, физиотерапия, массаж) Вид (указать)	
	Количество процедур (указать)	
	Периодичность (указать)	
Рекомендации по пребыванию на свежем воздухе	Прогулки на свежем воздухе (да (указать длительность и периодичность)/нет)	
	Воздушные ванны (да (указать длительность и периодичность)/нет)	
Иные рекомендации	Указать	
Наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний для предоставления социальных услуг в стационарной форме	Медицинские противопоказания (да/нет)	
Наличие вредных привычек	Вид привычки (да (указать)/нет)	
	Рекомендации (указать при наличии)	
Эмоционально-поведенческое состояние	Депрессия (да/нет)	
	Тревожное состояние (да/нет)	
Выявленные психологические проблемы	Потеря близких людей (да/нет)	
	Одиночество (да/нет)	
	Недостаток общения (да/нет)	
Выявленные факты пренебрежительного	Неисполнение или ненадлежащее исполнение родственником/законным представителем	

отношения родственников к пожилому человеку <****>	обязанностей в отношении пожилого человека (да (указать)/нет)	
	факт насилия в отношении пожилого человека (вид - физическое, психологическое, медицинское, сексуальное, кем совершено) (да/нет)	

Дата следующего планового посещения	
-------------------------------------	--

Сотрудник:

(должность) (Ф.И.О.) (подпись)

М.П.

" ___ " _____ 20.. г.

<*> ШРМ - шкала реабилитационной маршрутизации, измеряется в баллах: 1 балл - отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания; 2 балла - легкое ограничение жизнедеятельности; 3 балла - ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности; 4 балла - выраженное ограничение жизнедеятельности; 5 баллов - грубое нарушение процессов жизнедеятельности; 6 баллов - нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести

<*> заполняется на основании заключения врача-специалиста

<***> заполняется для получателей социальных услуг в стационарных учреждениях социального обслуживания

<****> заполняется по установлению факта либо при наличии информации

Приложение 4
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком
автономном округе»

Запрос

о предоставлении сведений об имеющихся у гражданина пожилого
возраста (инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях
по организации ухода за ним в рамках системы долговременного ухода

№ _____ от _____ 20__ г.

Просим Вас предоставить рекомендации по медико-социальному
сопровождению гражданина

_____ (указывается Ф.И.О. гражданина)

дата рождения _____, СНИЛС: _____, с целью
организации долговременного ухода и медико-социального сопровождения.

Адрес регистрации по месту жительства/пребывания:

_____ Адрес фактического проживания:

_____ Контактный телефон гражданина:

_____ Контактные данные родственников гражданина:

_____ Ответственное лицо

М.П.

**Приложение 5
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком
автономном округе»**

**Отчет
о реализации мероприятий системы долговременного ухода**

Форма социального обслуживания	Проведено анкетирование-опрос (человек)	
	Всего	из них количество выявленных граждан, нуждающихся в долговременном уходе, не состоявших на социальном обслуживании
Социальное обслуживание на дому		
Стационарное социальное обслуживание		
Полустационарное социальное обслуживание		
Итого		

Ответственное лицо _____

М.П.

Приложение 6
к Порядку межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком
автономном округе»

Согласие

гражданина или его законного представителя на передачу
персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)
_____ года рождения, в соответствии со статьями 9, 10
Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
статьями 13, 61 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на передачу
персональных данных (фамилия, имя, отчество, год рождения) и сведений,
составляющих врачебную тайну (о факте обращения за оказанием медицинской
помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при
медицинском обследовании и лечении), относящихся ко мне/гражданину
(нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина)
_____ года рождения,
в органы социальной защиты и организации социального обслуживания в целях
признания меня/гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и
(нужное подчеркнуть)
предоставлении мне/гражданину социальных услуг.
(нужное подчеркнуть)

(подпись гражданина или его законного
представителя)

(расшифровка подписи)

(реквизиты доверенности или иного документа,
подтверждающего полномочия представителя)

"__" _____ 20__ г.

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения, труда
и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа
от 07.10.2024 № 43
«Об утверждении Порядка
межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода за
гражданами пожилого возраста и
инвалидами в Ненецком
автономном округе»

**Перечень
медицинских организаций, участвующих в системе
долговременного ухода за гражданами пожилого возраста
и инвалидами в Ненецком автономном округе**

№ п/п	Наименование организации	Адрес местонахождения, телефон, адрес электронной почты	Режим работы
1.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная больница имени Р.И. Батмановой»	НАО, г. Нарьян-Мар, ул. Авиаторов, 96 т. 8(81853) 4-20-86 e-mail: general@naonob.ru	понедельник - пятница выходные: суббота, воскресенье время: 08:30 - 17:30 час. перерыв: 12:30 – 13:30 час.
2.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Центральная районная поликлиника Заполярного района НАО»	НАО, г. Нарьян-Мар, ул. Губкина, 13 т. 8(81853) 4-76-96 e-mail: crpzrnao@yandex.ru	понедельник - пятница выходные: суббота, воскресенье время: 08:00 - 17:30 час. перерыв: 12:30 – 13:30 час.

Приложение 3
к приказу Департамента
здравоохранения, труда
и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа
от 07.10.2024 № 43
«Об утверждении Порядка
межведомственного
взаимодействия, в том числе
информационного, участников
системы долговременного ухода за
гражданами пожилого возраста и
инвалидами в Ненецком
автономном округе»

**Перечень
организаций социальной защиты и организаций социального
обслуживания, участвующих в системе долговременного ухода
за гражданами пожилого возраста и инвалидами
в Ненецком автономном округе**

№ п/п	Наименование организации	Адрес местонахождения, телефон, адрес электронной почты	Режим работы
1.	Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения Ненецкого автономного округа «Комплексный центр социального обслуживания»	НАО, г. Нарьян-Мар, ул. Рабочая, 17-а т. 8(81853) 4-29-01 e-mail: centrsonnao@yandex.ru	понедельник – пятница выходные: суббота, воскресенье время: 08:30 - 16:30 час перерыв: 12:30 – 13:30 час.
2.	Казенное учреждение Ненецкого автономного округа «Дирекция материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения и социальной защиты населения»	НАО, г. Нарьян-Мар, ул. Сапрыгина, 9 «б» т. 8(81853) 4-02-52 e-mail: mail@nao-direkciya.ru	понедельник - пятница выходные: суббота, воскресенье время: 8:30 - 17:30 час. перерыв: 12:30 - 13:30 час.