1. Заявление гражданина (его законного представителя) установленного образца о предоставлении стационарного социального обслуживания на платной основе.

2. Медицинское заключение участкового врача терапевта об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение последнего месяца, заверенное личной печатью врача и печатью учреждения. Выписка из амбулаторной карты с рекомендациями по лечению.

3. Заключение клинико-экспертной комиссии психоневрологического диспансера или психиатрической больницы о рекомендуемом типе учреждения.

4. Результаты анализов на дифтерию и кишечную группу (со сроком не более семи дней).

5. Заключение врача фтизиатра об отсутствии противопоказаний для пребывания в стационарном учреждении.

6. Оригинал и копия паспорта поступающего на обслуживание.

7. Оригинал и копия страхового полиса обязательного медицинского страхования.

8. Индивидуальная программа реабилитации (при наличии).