|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование органа (организации), уполномоченного(ой) на составление  индивидуальной программы предоставления социальных услуг  (далее - уполномоченный орган)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес(местонахождения)уполномоченногооргана | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Контактныйномертелефонауполномоченногооргана | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Адресэлектроннойпочтыуполномоченногооргана | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Доменноеимяофициальногосайтауполномоченногоорганавинформационно-телекоммуникационнойсети"Интернет" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| szn24.ru | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Индивидуальная программа предоставления социальных услуг** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | Сертификат | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| (датакорректировки) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1.1.Статусиндивидуальнойпрограммыпредоставлениясоциальныхуслуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| повторно | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Пол | |  | | | | | | | | | | 3. Датарождения | | | | | | |  | | | | | | |
| 4.Адресместажительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| почтовыйиндекс | | | | |  | | | | | | | город (район) | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| село | | | |  | | | | | | | | | | | улица | | |  | | | | | | | |
| дом № | | |  | | | корпус | |  | | | | | | квартира | | | |  | | | | телефон |  | | |
| 5. Адресместаработы: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Документ, удостоверяющийличность: | | | | | | | | | | | | Паспортгражданина РФ | | | | | | | | | | | | | |
| серия | | |  | | | | номер | |  | | | | | | | | датавыдачи | | | |  | | | | |
| наименованиевыдавшегоорганавыдан | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Адрес электронной почты (при наличии): | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана повторно на срок до: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Форма (формы) социальногообслуживания: | | | | | | | | | | | | | | | формаобслуживаниянадому | | | | | | | | | | |
| 9.1.номерреестровойзаписиополучателесоциальныхуслугврегистреполучателейсоциальныхуслуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.2.Категорияполучателясоциальныхуслуг: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.3.Местооказаниясоциальнойуслуги | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Видысоциальныхуслуг: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Социально-бытовые | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | | | | | | | | | | | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | | | | | | | Периодичность предоставления услуги | | | | Срок  предоставления  услуги | Отметка о выполнении |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| II. Социально-медицинские | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | Периодичность предоставления  услуги | Срок  предоставления  услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| III. Социально-психологические | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | Периодичность предоставления  услуги | Срок  предоставления  услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| IV. Социально-педагогические | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | Периодичность предоставления  услуги | Срок  предоставления  услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| V. Социально-трудовые | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | Периодичность предоставления  услуги | Срок  предоставления  услуги | Отметка о выполнении |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
| VI. Социально-правовые | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | | Периодичность предоставления  услуги | | | Срок  предоставления  услуги | | Отметка о выполнении |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
| VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | Объем предоставления услуги  (мин/услуга) | | Периодичность предоставления  услуги | | | Срок  предоставления  услуги | | Отметка о выполнении |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  |
| Примечания: | | | | | | | | | | |
| 1.Объемпредоставлениясоциальнойуслугиуказываетсяссоответствующейединицейизмерения(например,м2,шт.,место,комплект)вслучаях,когдаобъемможетбытьопределенединицамиизмерения.  1.1.Призаполненииграф"наименованиесоциально-бытовойуслуги","наименованиесоциально-медицинскойуслуги","наименованиесоциально-психологическойуслуги","наименованиесоциально-педагогическойуслуги","наименованиесоциально-трудовойуслуги","наименованиесоциально-правовойуслуги","наименованиеуслуги"указываетсятакжеформасоциальногообслуживания.  2.Призаполненииграфы"срокпредоставленияуслуги"указываетсядатаначалапредоставлениясоциальнойуслугиидатаееокончания.  3.Призаполненииграфы"отметкаовыполнении"поставщикомсоциальныхуслугделаетсязапись:"выполнена","выполненачастично","невыполнена"(суказаниемпричины). | | | | | | | | | | |
| 11. Условияпредоставлениясоциальныхуслуг: | | | | | | | | | | |
| Обеспечение доступности социальных услуг. Наличие помещений, соответствующих нормативам обеспечения площадью жилых помещений при предоставлении социальных услуг. Наличиесвободныхмест | | | | | | | | | | |
| (указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг: | | | | | | | | | | |
| Наименованиепоставщика  социальныхуслуг | | Адрес места нахождения поставщика  социальных услуг | | | | Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, адрес электронной почты и т.п.) | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг | | | | Причиныотказа | | | Датаотказа | | Подпись получателя социальныхуслуг | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14. Мероприятияпосоциальномусопровождению: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Видсоциальногосопровождения | | | | Получатель | | | | | | | | Отметка о  выполнении |
|  | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | |  | | | | | | | |  | |
| (подпись получателя социальных услуг или  его законного представителя ) | | | (расшифровкаподписи) | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа субъекта Российской Федерации (уполномоченной организации) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|
| Начальниктерриториальногоотделения | | |  | | | | | | | |  | |
| (должностьлица, подпись) | | | (расшифровкаподписи) | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  **о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг** | | | | | | | | | | | | |
|  | от |  | | | | | | № |  |  | | |
| Индивидуальная программа предоставления социальных услуг  реализована полностью/не полностью (нужноеподчеркнуть). | | | | | | | | | | | | |
| Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально- бытовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально- медицинских социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально- психологических социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально- педагогических социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально- трудовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально- правовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий по социальному сопровождению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | |
| Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг применительно к улучшению условий жизнедеятельности и (или) расширению возможностей получателя социальных услуг самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. | | | | | | | | | | | | |
| Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | |  | |  | | | | | |
| (подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг) | | | | | (расшифровкаподписи) | | | | | |
| М.П. | | | | | |  | | | | | | |

.