|  |
| --- |
|  |
| (наименование органа (организации), уполномоченного(ой) на составлениеиндивидуальной 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 иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| II. Социально-медицинские |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| III. Социально-психологические |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| IV. Социально-педагогические |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| V. Социально-трудовые |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| VI. Социально-правовые |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограниченияжизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объем предоставленияуслуги(мин/услуга) | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 обеспеченияплощадью жилых помещений при предоставлении социальных услуг. Наличиесвободныхмест |
| (указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказаниисоциальных услуг с учетом формы социального обслуживания) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг: |
| Наименованиепоставщикасоциальныхуслуг | Адрес места нахожденияпоставщикасоциальных услуг | Контактная информация поставщикасоциальных услуг (телефоны, адресэлектронной почты и т.п.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги: |
|  |
| Наименование формы социального обслуживания, видасоциальных услуг, социальной услуги от которыхотказывается получатель социальных услуг | Причиныотказа | Датаотказа | Подписьполучателясоциальныхуслуг |

|  |
| --- |
| 14. Мероприятияпосоциальномусопровождению: |
|  |
| Видсоциальногосопровождения | Получатель | Отметка овыполнении |
|  |  |  |
|  |
| С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен |
|  |
|
|  |  |  |
| (подпись получателя социальных услуг илиего законного представителя ) | (расшифровкаподписи) |
|  |
| Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа субъекта РоссийскойФедерации (уполномоченной организации) |
|  |
|
| Начальниктерриториальногоотделения |  |  |
| (должностьлица, подпись) | (расшифровкаподписи) |
| М.П. |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ****о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг** |
|  | от |  | № |  |  |
| Индивидуальная программа предоставления социальных услугреализована 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 целяхповышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограниченияжизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий посоциальному сопровождению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализации индивидуальной программы предоставлениясоциальных услуг применительно к улучшению условий жизнедеятельности и (или) расширению возможностей получателясоциальных услуг самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. |
| Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|
|  |  |  |
| (подпись лица, уполномоченного на подписаниеиндивидуальной программы предоставления социальныхуслуг) | (расшифровкаподписи) |
| М.П. |  |

.