МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

**Индивидуальная Программа предоставления социальных услуг**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Пол \_\_\_ 3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5. Адрес места работы:-

почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан (кем, когда).

7. Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана **впервые**, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9. Форма социального обслуживания: социальное обслуживания на дому.

10. Виды социальных услуг:

**I. Социально-бытовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование\* социально-бытовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов | В соответствии со стандартами социальных услуг, утвержденных приказом министерства по делам семьи, демографической и социальной политике Калужской области от 26.12.2014 № 1601 «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг в Калужской области» | 8 раз в месяц  | В период действия договора о предоставлении социальных услуг |  |
| 2. | Уборка жилых помещений  | В соответствии со стандартами социальных услуг, утвержденных приказом министерства по делам семьи, демографической и социальной политике Калужской области от 26.12.2014 № 1601 «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг в Калужской области» | 2 раза в месяц | В период действия договора о предоставлении социальных услуг |  |

**II. Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование социально- медицинской услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |  |  |  |

**III. Социально-психологические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование социально- психологической услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |  |  |  |

**IV. Социально-педагогические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование социально- педагогической услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |  |  |  |

**V. Социально-трудовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование социально- трудовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |  |  |  |

**VI. Социально-правовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование социально- правовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **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 услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |  |  |  |

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например м2, шт., место, комплект) в случаях, когда объем может быть определен единицами измерения.

2. При заполнении графы «срок предоставления услуги» указывается дата начала предоставления социальной услуги и дата ее окончания.

3. При заполнении графы «Отметка о выполнении» поставщиком социальных услуг делается запись «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины)

11. Условия предоставления социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания)

**12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование поставщиков социальных услуг** | **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** | **Причины отказа** | **Дата отказа** | **Подпись получателя социальных услуг** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**14. Мероприятия по социальному сопровождению:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Виды социального сопровождения** | **Получатель[[1]](#footnote-1)** | **Отметка о выполнении[[2]](#footnote-2)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись получателя социальных услуг (расшифровка подписи)

или его законного представителя[[3]](#footnote-3))

Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг в соответствии с приказом министерства по делам семьи, демографической и социальной политике Калужской области от 24.12.2014 № 1594 «Об организации работы по составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг»

Начальник отдела

организации социального

обслуживания населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность лица, подпись) (расшифровка подписи)

**Заключение о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть).

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 (расшифровка подписи)

индивидуальной программы предоставления

социальных услуг)

М.П. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

1. Получатель – родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей. [↑](#footnote-ref-1)
2. Организация оказывающая социальное сопровождение, ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины).

3 Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)