**МУ КЦСОН Кизильского муниципального района**

 **Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**.

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата составления)

1. ***Фамилия, имя, отчество*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ***Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**4.** ***Адрес места жительства:***

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

***село \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*5.* ***Адрес места работы (для работающих): почтовый индекс, город (район)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** ***Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**7. *Контактный e-mail (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

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

**9. *Форма социального обслуживания*: (3) Социальное обслуживание на дому**

**10.**  ***Виды социальных услуг:***

***I.Социально-бытовые***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичностьи стандарт предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1. | Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания. |  | Месяц/3 раза в неделю |   |  |
| 2. | Покупка за счет средств получателя соц. услуг и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода |  | Месяц/3 раза в неделю |  |  |
| 3. | Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом книг, газет, журналов |  | Месяц/3 раза в неделю |  |  |
| 4. | Оплата за счет средств получателя ЖКХ и услуг связи |  | Месяц/2 раза в месяц |  |  |
| 5. | Покупка за счет средств получателя топлива, топка печей. |  | Месяц/3 раза в неделю |  |  |
| 6. | Обеспечение водой (в домах без центрального водоснабжения) |  | Месяц/3 раза в неделю |  |  |

***II. Социально-медицинские***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование социально-медицинской услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичностьи стандарт предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг |   | По необходимости |  |  |

***III. Социально-психологические***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nп/п | Наименованиесоциально-психологической услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичностьи стандарт предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |

***IV. Социально-педагогические***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование социально-педагогической услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичностьи стандарт предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |

***V. Социально-трудовые***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование социально- трудовой услуги и формы социального обслуживания | Объемпредоставления услуги | Периодичностьи стандарт предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |

***VI. Социально-правовые***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование социально-правовой услуги и формы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьи стандарт 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***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичностьи стандарт предоставления услуги | Срок предоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |

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

1.1. При заполнении [граф](file:///S%3A%5C%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B0%5C%D0%9D%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%5C%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%B7%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D1%8B%20%D0%A0%D0%A4%20%D0%BE%D1%82%2010%20%D0%BD%D0%BE%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F%202014%20%D0%B3%20N%20874%D0%BD%20%D0%9E%20%D0%BF%D1%80.rtf#sub_2111) "наименование социально-бытовой услуги", "наименование социально-медицинской услуги", "наименование социально-психологической услуги", "наименование социально-педагогической услуги", "наименование социально-трудовой услуги", "наименование социально-правовой услуги", "наименование услуги" указывается также форма социального обслуживания.

2. При заполнении [графы](file:///S%3A%5C%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B0%5C%D0%9D%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%5C%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%B7%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D1%8B%20%D0%A0%D0%A4%20%D0%BE%D1%82%2010%20%D0%BD%D0%BE%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F%202014%20%D0%B3%20N%20874%D0%BD%20%D0%9E%20%D0%BF%D1%80.rtf#sub_2111) "срок предоставления услуги" указывается дата начала предоставления соц. услуги и дата ее окончания.

3. При заполнении [графы](file:///S%3A%5C%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B0%5C%D0%9D%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%5C%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%B7%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D1%8B%20%D0%A0%D0%A4%20%D0%BE%D1%82%2010%20%D0%BD%D0%BE%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F%202014%20%D0%B3%20N%20874%D0%BD%20%D0%9E%20%D0%BF%D1%80.rtf#sub_2111) "отметка о выполнении" поставщиком социальных услуг делается запись: "выполнена", "выполнена частично", "не выполнена" (с указанием причины).

 ***11. Условия предоставления социальных услуг*: в соответствии с порядком предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому.**

 **постановление Правительства Челябинской области от 21.10.2015 г. № 546-П «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг» (**с изменениями и дополнениями)

(указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование поставщика социальных услуг | Адрес места нахождения поставщика социальных услуг | Контактная информация поставщика соц. услуг (телефоны, адрес электронной почты и т.п.) |
| **МУ «КЦСОН» Кизильского муниципального района** | **457610 с. Кизильское****ул. Советская 91.** | **8-35155-3-00-68****komplcentr@mail.ru** |

***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:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель[\*](file:///S%3A%5C%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B0%5C%D0%9D%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%5C%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%B7%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D1%8B%20%D0%A0%D0%A4%20%D0%BE%D1%82%2010%20%D0%BD%D0%BE%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F%202014%20%D0%B3%20N%20874%D0%BD%20%D0%9E%20%D0%BF%D1%80.rtf#sub_11111) | Отметка о выполнении[\*\*](file:///S%3A%5C%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%BC%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%B5%D0%B2%D0%BD%D0%B0%5C%D0%9D%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B%5C%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20%D1%82%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0%20%D0%B8%20%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%B7%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D1%8B%20%D0%A0%D0%A4%20%D0%BE%D1%82%2010%20%D0%BD%D0%BE%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F%202014%20%D0%B3%20N%20874%D0%BD%20%D0%9E%20%D0%BF%D1%80.rtf#sub_22222) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (подпись получателя или его законного представителя) (расшифровка подписи: фамилия инициалы)

Директора МУ «КЦСОН» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Селезнева Ирина Ивановна

**Заключение о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг**

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Директора МУ «КЦСОН» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Селезнева И.И.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 МП

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

\* Получатель - родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей.

\*\* Организация, оказывающая социальное сопровождение, ставит отметку: "выполнено", "выполнено частично", "не выполнено" (с указанием причины).

\*\*\* Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.