**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 | Периодичность  и 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 | Периодичность  и стандарт предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о  выполнении |
| 1. | Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг |  | По  необходимости |  |  |

***III. Социально-психологические***

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

***V. Социально-трудовые***

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

***VI. Социально-правовые***

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

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:\Людмила%20Николаевна\Нормативные%20документы\Приказ%20Министерства%20труда%20и%20социальной%20защиты%20РФ%20от%2010%20ноября%202014%20г%20N%20874н%20О%20пр.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:\Людмила%20Николаевна\Нормативные%20документы\Приказ%20Министерства%20труда%20и%20социальной%20защиты%20РФ%20от%2010%20ноября%202014%20г%20N%20874н%20О%20пр.rtf#sub_2111) "срок предоставления услуги" указывается дата начала предоставления соц. услуги и дата ее окончания.

3. При заполнении [графы](file:///S:\Людмила%20Николаевна\Нормативные%20документы\Приказ%20Министерства%20труда%20и%20социальной%20защиты%20РФ%20от%2010%20ноября%202014%20г%20N%20874н%20О%20пр.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:\Людмила%20Николаевна\Нормативные%20документы\Приказ%20Министерства%20труда%20и%20социальной%20защиты%20РФ%20от%2010%20ноября%202014%20г%20N%20874н%20О%20пр.rtf#sub_11111) | Отметка о выполнении[\*\*](file:///S:\Людмила%20Николаевна\Нормативные%20документы\Приказ%20Министерства%20труда%20и%20социальной%20защиты%20РФ%20от%2010%20ноября%202014%20г%20N%20874н%20О%20пр.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.