|  |
| --- |
|  |
| КЦСОН Верхнеуральского муниципального района |
| (наименование органа, уполномоченного на составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг) |
| **Индивидуальная программа предоставления социальных услуг** |
|  |  |  |  |  | №  |
| (дата составления) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии):  |
| 2. Пол:  |
| 3. Дата рождения:  |
| 4. Адрес места жительства: |  |
| 5. Адрес места работы: | Адрес не заполнен |
| 6. Документ, удостоверяющий личность:  |
|  |
| 7. Адрес электронной почты(при наличии): |  |  |
| 8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана повторно на срок до:  |
| 9. Форма (формы) социального обслуживания: | полустационарная форма в условиях дневного пребывания |
| 10. Виды социальных услуг: |  |
| I. Социально-бытовые |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| II. Социально-медицинские |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| III. Социально-психологические |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| IV. Социально-педагогические |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
| V. Социально-трудовые |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
|  |  |  |  |  |  |
| VI. Социально-правовые |
| №п/п | Наименование вида социальной услуги иформы социального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 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 | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |
| 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», «невыполнена» (с указанием причины). |
| 11. Условия предоставления социальных услуг: |  |  |  |  |  |
| в соответствии с порядком предоставления социальных услуг в полустационарной форме в условиях дневногопребывания |
| (указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формысоциального обслуживания) |
| 12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг: |
| Наименование поставщикасоциальных услуг | Адрес места нахождения поставщикасоциальных услуг | Контактная информацияпоставщика социальных услуг |
| КЦСОН Верхнеуральскогомуниципального района | 457670, г.Верхнеуральск, ул.Советская, д. 17,к. а | Телефон: 8-35143-2-20-44Эл.почта: kcson08@minsoc74.ru |

|  |
| --- |
| 13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги: |
| Наименование формы социального обслуживания,вида, социальных услуг, социальной услуги от которойотказывается получатель социальной услуг | Причины отказа | Дата отказа | Подпись получателясоциальных услуг |
|  |  |  |  |
| 14. Мероприятия по социальному сопровождению: |
| Вид социального сопровождения | Получатель социального сопровождения 1  | Отметка о выполнении 2  |
|  |  |  |
| С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
| (подпись получателя социальных услуг или его законного представителя 3 )  |  |  | (расшифровка подписи) |
| КЦСОН Верхнеуральского муниципального района |  |  |  |  |  |  |
| Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальнойпрограммы предоставления социальных услуг уполномоченногооргана субъекта Российской Федерации |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| (должность лица, подпись) |  | (расшифровка подписи) |
| М.П. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 - Получатель – родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей. 2 - Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины). 3 - Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.  |

|  |
| --- |
| **Заключение****о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг** |
| **от** |  | **№** |  |  |
| Индивидуальная программа предоставления социальных услугреализована 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- |
| социально-педагогических 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 |
| ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов |  |
|  |
|  Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий |
| по социальному сопровождению: |  |
|  Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализациииндивидуальной программы предоставления социальных услуг применительно к улучшениюусловий жизнедеятельности и (или) расширению возможностей получателя социальных услугсамостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. |
| Рекомендации: |  |  |  |
|  |
|  |  |  |
| (подпись лица, уполномоченногона подписание индивидуальнойпрограммы предоставлениясоциальных услуг) | (расшифровка подписи) |
| М.П. |  |  |  | 20 |  | г. |  |

.