|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| 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 и формы социального обслуживания | | | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | | Отметка о выполнении |
| 1 |  | | | |  |  |  | |  |
| 2 |  | | | |  |  |  | |  |
| 3 |  | | | |  |  |  | |  |
| II. Социально-медицинские | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | | Отметка о выполнении |
| 1 |  | | | |  |  |  | |  |
| 2 |  | | | |  |  |  | |  |
| 3 |  | | | |  |  |  | |  |
| III. Социально-психологические | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | | Отметка о выполнении |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| IV. Социально-педагогические | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|  |  | |  |  | |  |  |
| V. Социально-трудовые | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|  |  | |  |  | |  |  |
| VI. Социально-правовые | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 |  | |  |  | |  |  |
| VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов | | | | | | | |
| № п/п | Наименование вида социальной услуги и формы социального обслуживания | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 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», «не выполнена» (с указанием причины). | | | | | | | |
| 11. Условия предоставления социальных услуг: | | |  |  |  |  |  |
| в соответствии с порядком предоставления социальных услуг в полустационарной форме в условиях дневного пребывания | | | | | | | |
| (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 поставщика социальных услуг | | Адрес места нахождения поставщика социальных услуг | | | Контактная информация поставщика социальных услуг | | |
| КЦСОН Верхнеуральского муниципального 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 которой отказывается получатель социальной услуг | | Причины отказа | | | | | Дата отказа | Подпись получателя социальных 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 индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа 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 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- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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 индивидуальной  программы предоставления социальных услуг) | | | | | | | (расшифровка подписи) | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | |  |  |  | | 20 |  | г. | |  |

.