|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Название организации** | | | | | |
| **Название документа:** | **Стандартная операционная процедура**  Поступление информации о несовершеннолетнем, уведомление социального учреждения по месту жительства (межведомственное взаимодействие – организации здравоохранения) | | | | |
| **Утвержден** (должность,ФИО): | Директор | | | **Дата утверждения:** | |
| **Разработчик:** | ***Должность*** | ***ФИО*** | ***Подпись*** | | ***Дата*** |
| Социальный педагог | Чистякова С.Н. |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Согласовано:** |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Ответственный за исполнение:** |  |  |  | |  |
| **Дата введения  в действие:** |  | **Место размещения документа** *(указываются рабочие места на которых должны быть размещены документы, при необходимости, указывается вид размещения – отрытый доступ для всех, закрытый, только для сотрудников)* | | | |

**г. Екатеринбург, 2023 год**

**Стандартная операционная процедура**

**Название процедуры:** Поступление информации о несовершеннолетнем, уведомление социального учреждения по месту жительства (межведомственное взаимодействие – организации здравоохранения)

1. **Цель:** Получение информации о детях с паллиативным статусом, которым установлена инвалидность
2. **Область применения:** структурное подразделение, в функции которого входит оказание социальных услуг детям-инвалидам.
3. **Ответственность:** специалист по социальной работе, реабилитационный менеджер.
4. **Определение/Общие сведения:** получение от законного представителя информации о паллиативном статусе ребенка-инвалида.
5. **Ресурсы/оснащение:** компьютер с выходом в интернет, принтер, сканер, канцелярские принадлежности
6. **Основная часть процедуры:**

**6.1.** специалист принимает копии имеющихся документов, подтверждающих паллиативный статус ребенка-инвалида,

6.2. при отсутствии документов, специалист направляет законного представителя в органы и учреждения здравоохранения,

6.3. информирует о графике приема органов и учреждений здравоохранения помогает осуществить запись на прием,

6.4. передает информацию реабилитационному менеджеру, который в дальнейшем курирует действия законного представителя и формирует личное дело ребенка,

6.5. подписывает акт оказания социальных услуг.

6.7. фиксирует факт оказания услуги.

1. **Область и способы проверки выполнения:** Проверка СОП осуществляется руководителем структурного подразделения ежемесячно.

**Нормативные ссылки:**

* Федеральный закон "Об основах социального обслуживания в РФ" от 28 декабря 2013 г N 442;
* Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в РФ" от 24 ноября 1995 г N 181;
* Закон Свердловской области от 3 декабря 2014 г N 108 ОЗ "О социальном обслуживании граждан в Свердловской области"
* Закон Свердловской области от 19 декабря 2016 г N 148 ОЗ "О социальной защите инвалидов".

**Приложение**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО получателя | ФИО законного представителя\контактного лица | Дата обращения | Время обращения | Форма (ватсап, скайп, вайбер, телефонный звонок) | Длительность | ФИО исполнителя | Подпись исполнителя |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Распределение данной стандартной операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия | подпись | дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |