Управление социальной политики по г.Первоуральску

(наименование органа, уполномоченного на составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг)

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

00.00.2000 №

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

2. Пол: мужской 3. Дата рождения: 00.00.1900

4. Адрес места жительства: Г. ПЕРВОУРАЛЬСК, УЛ. ЛЕБЕДЕЙ, Д.24

телефон: 00-00-00

5. Адрес места работы: не указано

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

паспорт: 0000 000000, выдан: ПЕРВОУРАЛЬСКИМ УВД СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛ., дата: 00.00.2000

7. Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: 00.00.2000

9. Дополнительные признаки клиента:

        ● Труженик тыла

10. Социальные услуги, включенные в индивидуальную программу:

Форма социального обслуживания: полустационарная

социально-бытовые

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | обеспечение горячим питанием совершеннолетних граждан, получающих социальные услуги в полустационарной форме в дневное время | 15 единиц/раз | ежедневно  | В течение периода с по  |  |
| 2 | обсуждение с клиентом его проблем, связанных с нарушением способностей к бытовой ,социальной и профессионально-трудовой деятельности, разработка рекомендаций по восстановлению способностей к бытовой, социальной и профессионально-трудовой деятельности | 2 единиц/раз | 2 - количество раз в месяц | В течение периода с по  |  |

социально-медицинские

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и другое) | 3 единиц/раз | 1 - количество раз в неделю | В течение периода с по  |  |
| 2 | оздоровительные мероприятия, направленные на коррекцию функциональных возможностей систем организма | 15 единиц/раз | 5 - количество раз в неделю | В течение периода с по  |  |
| 3 | организация и проведение групповых оздоровительных мероприятий | 15 единиц/раз | 15 - количество раз в год | В течение периода с по  |  |
| 4 | проведение групповых занятий, обучающих здоровому образу жизни | 4 единиц/раз |  4 - количество раз в месяц | В течение периода с по  |  |

социально-педагогические

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | организация досуга (посещение театров, выставок, экскурсии, концерты и другие мероприятия) | 6 единиц/раз | 2 - количество раз в неделю | В течение периода с по  |  |
| 2 | формирование у получателей социальных услуг позитивных интересов (в том числе в сфере досуга) | 12 единиц/раз | 4 - количество раз в неделю | В течение периода с по  |  |

социально-трудовые

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | проведение индивидуального занятия по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам | 5 единиц/раз | 5 - количество раз в год  | В течение периода с по  |  |

социально-правовые

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание в государственной и негосударственной системах социальных служб и защиту своих интересов | 1 единиц/раз | 1 - в течение курса реабилитации | В течение периода с по  |  |

услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей инвалидов

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | проведение занятия в группе по обучению навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах | До 15 единиц/раз | 5 - количество раз в неделю | В течение периода с по |  |
| 2 | проведение индивидуального занятия по обучению навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах | До 15 единиц/раз | 5 - количество раз в неделю | В течение периода с по |  |

Примечания:
1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м2 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:

Поставщик социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом форм социального обслуживания соблюдает условия предоставления социальных услуг в соответствии с приказом Министерства социальной политики Свердловской области от 11.08.2015 №482 «Об утверждении стандартов социальных услуг в новой редакции»

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование поставщика социальных услуг | Адрес места нахождения поставщика социальных услуг | Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, адрес электронной почты и т.п.)  |
| ГАУ "КЦСОН "Осень" города Первоуральска" | 623101, Первоуральск г, ул. Герцена, д.№ 12, корп. Б | 64-79-33 |

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 |
| не указано |

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель | Отметка о выполнении |
| не указано |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен:

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

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя) (расшифровка подписи)

Начальник управления социальной политики

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

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

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.

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

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

(начальник управления социальной политики) (расшифровка подписи)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.