|  |
| --- |
| **Государственное автономное учреждение социального обслуживания Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Серова»** |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры****Содействие в госпитализации получателей социальных услуг, а также содействие в их направлении по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.** **Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями** |
| **Утвержден**: |  | **Дата утверждения:**  |
| **Разработчик:** | **Должность**  | **ФИО** | **Подпись** | **Дата**  |
| Заместитель директора | Шарафутдинова З.Р. |  |  |
| **Согласовано:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** | Социальный работник, специалист по социальной работе или медицинская сестра, руководитель структурного подразделения |  |  |  |
| **Дата введения в действие:** |  | **Место размещения документа** Документ находится на рабочем месте руководитель структурного подразделения |

**г. Серов, 2022 год**

**Стандарт операционной процедуры**

**Название процедуры:** Содействие в госпитализации получателей социальных услуг, а также содействие в их направлении по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение. Осуществление посреднических действий между клиентом и медицинскими организациями

1. **Цель:** Оказание помощи в удовлетворении повседневных бытовых потребностей
2. **Область применения:** Обслуживание на дому
3. **Ответственность:** Социальный работник или специалист по социальной работе, или медицинская сестра,руководитель структурного подразделения
4. **Определение/Общие сведения:** Услуга предоставляется по мере возникновения потребности
5. **Ресурсы/оснащение:** Телефон, компьютер с подключением к сети Интернет
6. **Основная часть процедуры:**
7. Согласование с получателем социальных услуг медицинской организации, в которую необходимо обратиться в интересах клиента, и уточнение сути обращения.
8. Обращение в медицинскую организацию по телефону или через сеть Интернет.
9. Запись получателя социальных услуг на прием к врачу-специалисту либо вызов врача-специалиста на дом.
10. Информирование получателя социальных услуг о времени посещения медицинской организации либо о времени визита врача-специалиста на дом.
11. **Область и способы проверки выполнения:** Выполненная услуга фиксируется в журнале учета оказания социальных услуг (Приложение 1), подтверждается подписями работника и получателя социальных услуг и предоставляется заведующему отделением на проверку.

**Показатели качества**

1. своевременное оказание услуги

**Нормативные ссылки:**

Федеральный закон от 28 декабря 2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

Постановление Правительства Свердловской области от 18 декабря 2014г. № 1149-ПП «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области»;

Стандарты социальных услуг Свердловской области, утв. приказом Министерством социальной политики Свердловской области от 11.08.2015 № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг в новой редакции» (с внесёнными изменениями).

**Приложение 1**

Пример формы Журнала учета оказания социальных услуг

|  |
| --- |
| Наименование учреждения |
| Адрес учреждения |
| Контактные телефоны учреждения |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Журнал учета  |
| оказания социальных услуг |
| за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ф. И. О. получателя социальных услуг **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
| Адрес проживания **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |
| Дни посещений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование социальных услуг | Тариф за единицу соц. услуги | Кол-во единиц соц. услуги | Сумма к оплате (руб.) | Дата оказания услуги | ФИО работника | Подпись получателя соц. услуг |
|  |   |   |   |   |   |   |
|  |   |  |  |   |   |   |
| ИТОГО к оплате |   |   |   |   |   |   |

Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Распределение данного стандарта операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнить:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |