|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания Свердловской области «Уктусский пансионат для престарелых и инвалидов»** | | | | | |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры**  **Содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации** | | | | |
| **Утвержден:** (должность,ФИО): |  | | **Дата утверждения:** | | |
| **Дата утверждения:** |  | | | | |
| **Разработчик:** | *Должность* | *ФИО* | | *подпись* | *Дата* |
| Социальный работник | Лапухин Ю. Н. | |  |  |
|  |  | |  |  |
| **Согласовано:** | Заместитель директора | Покидышева А. Ф. | |  |  |
|  |  | |  |  |
| **Дата согласования:** | 30.09.2022 |  | |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** | Социальный работник |  | |  |  |
| **Дата введения  в действие:** |  | **Место размещения документа** | | | |

***Екатеринбург***

***2022***

**Стандарт операционной процедуры**

**Название процедуры:** Содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации.

1. **Цель:** Обеспечение техническими средствами получателей социальных услуг, которым данные ТСР необходимы, в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида.
2. **Область применения:** учреждения социального обслуживания.
3. **Ответственность:**Социальный работник.
4. **Общие сведения:** Услуга предоставляется до двух раз в месяц. Услуга предоставляется на основании индивидуальной программы реабилитации и абилитации и индивидуальной программы предоставления социальных услуг, до 1,5 часов рабочего времени, включая время в пути. Осуществляется в пределах муниципального образования по месту проживания (пребывания) клиента.
5. **Оснащение:** Специальное и табельное техническое оснащение поставщика социальных услуг (оборудование, приборы, аппаратура): технические средства ухода, реабилитации и адаптации, специально оборудованное рабочее место специалиста, оказывающего услугу.

Персонал должен иметь профессиональную подготовку и соответствовать квалификационных требованиям, установленным для соответствующей профессии, специальности.

1. **Основная часть процедуры:**
2. При поступлении, или возникновении потребности в период проживания в Учреждении, получателя социальных услуг, нуждающегося в технических средствах реабилитации, указанных в ИПР/ИПРА, социальный работник или специалист по социальной работе обязан подготовить заявление от имени ПСУ в ФСС.

К видам технических средств реабилитации относятся:

* специальные средства для передвижения и самообслуживания;
* специальные средства для ухода;
* специальные средства для ориентирования (включая собак – проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией;
* специальные средства для обучения, образования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;
* протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты).

1. Подать заявление в фонд социального страхования через МФЦ, сделать отметку о дате подачи заявления в журнале направления заявления в ФСС.
2. После получения уведомления постановки на учет ПСУ отметить дату постановки на учет в журнале.
3. Уведомить ПСУ о постановке на учет в органах ФСС.
4. Получить ТСР у поставщиков и доставить получателю социальных услуг.
5. Выдать ТСР ПСУ с проведением подробного инструктажа по использованию ТСР, обучение правилам эксплуатации ТСР.
6. Следить за сроками использования ТСР, их работоспособностью. В случае поломок ТСР предпринимать меры по их своевременному ремонту.
7. По истечении срока эксплуатации принять меры по утилизации и своевременному обращению в органы ФСС для замены на новые ТСР.
8. **Область и способы проверки выполнения:** областью проверки является процесс оказания услуги и результат услуги – удовлетворенность клиента. Способы, частота проверок и ответственные за проверки определяются системой управления качеством учреждения.

**Нормативные ссылки:**

* Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
* Постановление Правительства Свердловской области от 18 декабря 2014 г. N 1149-ПП «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области».
* Приказ Министерства социальной политики Свердловской области от 11.08.2015 № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг» со всеми изменениями и дополнениями.

**Приложение 1**

Пример формы Журнала учета оказания социальных услуг

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Журнал «Содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации» | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ф. И. О. получателя социальных услуг **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  |  |  |
| Дата оказания услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  | |
| Социальный работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Заместитель директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование:** | | **Содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| **№ п/п** | **ФИО** | | | **Дата** | | | | | **Итого за месяц** |  |
| **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** |  |  | |  | |  |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | | **0** |  |
| **Итого услуг в день** | | | |  |  | |  | | **0** |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
| Ответственный исполнитель | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | должность ФИО Подпись | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Руководитель подразделения | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  | должность ФИО Подпись | | | | | | |  |

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия | Подпись | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |