|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания Свердловской области "Щелкунский психоневрологический интернат "** | | | | | |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры**  **Личное обращение в медицинскую организацию** | | | | |
| **Утвержден**: | Директор | | | **Дата утверждения:** | |
| **Разработчик:** | ***Должность*** | ***ФИО*** | ***Подпись*** | | ***Дата*** |
| Заместитель директора | Некрасова Е.В. |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Согласовано:** |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Ответственный за исполнение:** | специалист по социальной работе, социальный работник, медицинская сестра |  |  | |  |
| **Дата введения  в действие:** |  |  | | | |

**с. Щелкун, 2022 год**

**Стандарт операционной процедуры**

**Название процедуры:** Личное обращение в медицинскую организацию.

1. **Цель:** Организация своевременной медицинской помощи.
2. **Область применения:** Круглосуточное пребывание в стационарном учреждении (общий тип и милосердие).
3. **Ответственность:** Специалист по социальной работе, социальный работник, медицинская сестра.
4. **Определение/Общие сведения:** Личное обращение работника поставщика социальных услуг в медицинские организации с целью организации получения ПСУ своевременной медицинской помощи (запись на прием к врачу-специалисту, получение талона на прием к врачу-специалисту, выписка рецептов, вызов врача-специалиста, доставка материала для проведения лабораторных исследований). Услуга предоставляется по мере возникновения потребности. Обращение в одну медицинскую организацию в интересах одного клиента - 1 услуга.
5. **Ресурсы/оснащение:** При предоставлении социальной услуги может использоваться легковой автотранспорт, тетрадь, ручка, телефон.
6. **Основная часть процедуры:**
7. Согласование с получателем социальной услуги предмета услуги (запись на прием к врачу-специалисту, получение талона на прием к врачу-специалисту, выписка рецептов, вызов врача-специалиста, доставка материала для проведения лабораторных исследований).
8. При согласовании учесть пожелания получателя социальных услуг о дате, времени записи на прием к врачу-специалисту, получения талона на прием к врачу-специалисту, вызова врача-специалиста, доставки материала для проведения лабораторных исследований, согласовать возможные альтернативы.
9. Помочь ПСУ собрать необходимые для выполнения услуги документы - паспорт, СНИЛС, полис;
10. Информирование получателя социальных услуг о дате, времени к врачу-специалисту на прием.
11. Посещение медицинской организации.
12. **Область и способы проверки выполнения:** Выполненная услуга учитывается по мере возникновения потребности. Вносится в акт предоставления социальных услуг в том месяце, в котором произведена запись на прием, который подписывается руководителем учреждения и получателем социальных услуг.

**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. № 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**

**Государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания Свердловской области "Щелкунский психоневрологический интернат"**

**624015, Щелкун с, ул. Советская, д. 314**

Договор на социальное обслуживание от «------------------------------1 г.

**АКТ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ № \_\_\_ ОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года**

ФИО Заказчика:

Гражданин обслуживается на условиях (форма оплаты): услуги предоставляются на условиях полной или частичной платы.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социальной услуги | Единица измерения | Количество | Стоимость услуг, руб. | Сумма, руб. |
| **Гарантированные услуги** | | | | | |
| **Форма предоставления услуг: СТАЦИОНАРНАЯ** | | | | | |
| **Вид услуг: СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ** | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Личное обращение в медицинскую организацию | единиц/раз |  | 110,46р. |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** | | | | |  |
| **Всего предоставлено Услуг:** | | | |  | |
| **с учетом условий оплаты, на сумму** | | | |  | |
| **ИТОГО к оплате за предоставленные Услуги:** | | | | **.** | |

**Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:** |  | **Заказчик:** |
| (подпись) |  | (подпись) |
| М.П. |

**Распределение данного стандарта операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнить:**

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