|  |
| --- |
| **Название организации** |
| **Название документа:**  | **Стандартная операционная процедура**Патронаж |
| **Утвержден** (должность,ФИО):  | Директор  | **Дата утверждения:**  |
| **Разработчик:** | ***Должность*** | ***ФИО*** | ***Подпись*** | ***Дата*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **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:** Патронаж

1. **Цель:** систематическое наблюдение за семьей, с паллиативным ребенком для своевременного выявления ситуаций психологического дискомфорта или межличностного конфликта.
2. **Область применения**: структурное подразделение, в функции которого входит оказание социальных услуг детям-инвалидам.
3. **Ответственность:** психолог или педагог-психолог, специалист по социальной работе, реабилитационный менеджер. Контроль исполнения услуги – руководитель структурного подразделения.
4. **Определение\Общие сведения**: систематическое наблюдение за семьей, с паллиативным ребенком для своевременного выявления ситуаций психологического дискомфорта или межличностного конфликта и других ситуаций (проблем), влияющих на жизнедеятельность и моральный фон паллиативного больного.

 Продолжительность: до 30 минут, периодичность предоставления 4 раза в месяц. Процедура проводится в соответствии с планом/графиком посещений семьи по предварительному согласованию с законным представителем.

1. **Ресурсы\Оснащение**: специальное и табельное оснащение не требуется.

 Персонал должен соответствовать квалификационным требованиям, применяемым к специалистам по социальной\психологам

1. **Основная часть процедуры**:
	1. Согласовать дату и время посещения семьи.
	2. Осуществить выход в адрес по месту нахождения ребенка в рамках реализации ИППСУ.
	3. Поприветствовать законных представителей, ребенка.
	4. Расположить к себе.
	5. В ходе беседы и наблюдения выявить конкретные проблемы, трудности и пр.
	6. Ознакомиться с условиями жизни ребенка,
	7. Определить проблемные ситуации или их отсутствие.
	8. При возможности разрешения выявленной проблемы в моменте – оказание психологической помощи на месте. При невозможности разрешения выявленной проблемы на месте – выдача рекомендаций по дальнейшему выходу из кризисной ситуации, передача информации реабилитационному менеджеру, с целью составления плана выхода из кризисной ситуации (консультации юриста, специалиста по социальной работе, психолога, телефона доверия).
	9. Зафиксировать в журнале осуществления патронажа информации о сути кризисной ситуации, с целью дальнейшего повышенного контроля за ней, при следующих посещениях.
	10. Сведения о предоставленной психологической услуге фиксируется в журнале учета оказанных услуг отделения.
	11. Акт о предоставлении социально-психологической услуги передается на подпись законному представителю ребенка.
	12. Акт о предоставлении социальных услуг хранится у заведующего отделением, в личном деле ребенка
2. **Область и способы проверки выполнения**: выполнение данного СОПа ежемесячно проверяется заведующим отделением путем проверки журналов оказания социальных услуг, а также проведением внутреннего аудита, опроса получателей социальных услуг.

**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";
* Постановление Правительства РФ от 20 августа 2003 г. N 512 "О перечне видов доходов, учитываемых при расчете среднедушевого дохода семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для оказания им государственной социальной помощи" (с изменениями и дополнениями);
* Постановление Правительства РФ от 18 октября 2014 г. N 1075 "Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг";
* Постановление Правительства РФ от 24 ноября 2014 г N 1236 "Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг";
* Постановление Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. N 1149-ПП "Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Свердловской области";
* Постановление Правительства Свердловской области от 18.12.2014 г. N 1160-ПП "Об утверждении Порядка утверждения тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг";
* Постановление Правительства Свердловской области от 20 апреля 2016 г N 273 "О реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в Свердловской области";
* Постановление Правительства Свердловской области от 1 июля 2021 г. N 397-ПП "О реализации статьи 5-1 Закона Свердловской области от 19 декабря 2016 года N 148-ОЗ О социальной защите инвалидов в Свердловской области";
* Постановление Правительства Свердловской области от 4 февраля 2021 г. N 26-ПП "Об установлении величины прожиточного минимума в Свердловской области на 2021 год";
* Приказ Минтруда и соцзащиты РФ от 10 ноября 2014 г N 874н "О примерной форме договора о предоставлении социальных услуг, а также о форме индивидуальной программы предоставления социальных услуг";
* Приказ Министерства социальной политики от 11 августа 2015 № 482 "Об утверждении стандартов социальных услуг";
* Приказ Министерства социальной политики от 29 декабря 2014 N 778 «Об утверждении перечня документов, подтверждающих нуждаемость гражданина в социальном обслуживании»;
* Приказ Министерства социальной политики от 31 декабря 2014 N 783 "Об утверждении формы договора о предоставлении социальных услуг и формы акта о предоставлении социальных услуг".

**Приложение**

**Журнал проведения патронажа**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО получателя** | **Дата\время выхода** | **Длительность** | **Примечание** | **Подпись законного представителя** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Приложение**

**План-график проведения патронажей**

**ФИО получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ФИО законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Период:**

**Адрес:**

**Даты:**

**Запланированная длительность:**

**Номер телефона специалиста, осуществляющего патронаж:**

**Номер телефона законного представителя:**

**Номер телефона реабилитационного менеджера:**

**Согласованно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись законного представителя**

**Распределение данной стандартной операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

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