**Министерство социального развития и труда Астраханской области**

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

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) **­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2. Пол **\_\_\_\_\_\_\_\_** 3. Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4. Адрес места жительства:

почтовый индекс **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**город (район) улица **\_\_\_\_\_** дом № **\_**

корпус \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ квартира  **-\_**телефон \_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес места работы: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

почтовый индекс\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица:\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом :\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

9. Форма социального обслуживания:  **на дому**.

10. Виды социальных услуг:

**I. Социально-бытовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Соц. обслуживание на дому |  | в месяц ( по акту ОУЖДГ) |  |  |
| 2 | Соц. обслуживание на дому |  | в месяц ( по акту ОУЖДГ) |  |  |

**IІ. Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п\п** | **Наименование социально-медицинской услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| - | - | - | - | - | - |

**III. Социально-психологические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п\п** | **Наименование социально-психологической услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| - | - | - | - | - | - |

**IV. Социально-педагогические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п\п** | **Наименование социально-педагогической услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| - | - | - | - | - | - |

**V. Социально-трудовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п\п** | **Наименование социально-трудовой услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  | - | - | - | - | - |

**VI. Социально-правовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п\п** | **Наименование социально-правовой услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| - | - | - | - | - | - |

**VIIУслуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том**

**числе детей-инвалидов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п\п** | **Наименование социально-правовой услуги и формы социального обслуживания на дому** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| - | - | - | - | - | - |

**Примечания:**

1. **Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м2, шт., место, комплект) в случаях, когда объем может быть определен единицами измерения**

**1.1При заполнении граф «наименование социально-бытовой услуги »,наименование социально-медицинской услуги», «наименование социально-психологической услуги», «наименование социально-педагогической услуги», «наименование социально-трудовой услуги», «наименование социально-правовой услуги», «наименование услуги» указывается также форма социального обслуживания.**

**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: **В соответствии со стандартами социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в форме социального обслуживания на дому**

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.)** |
| ГКУСОН АО КЦСОН Лиманский р-н Отделение социального обслуживания на дому | Астраханская область, Лиманский район, п. Лиман, ул. Кирова, д. 19 | 8(85147)23835  Email: limcent@mail.ru |
| АНО «Центр досуговой и социально-воспитательной работы «Позитив» | г.Астрахань ул.5-я Керченская д.16 А | +7(8512)56-14-55  +info@anopozitiv.ru |

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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид социального сопровождения** | **Получатель** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа субъекта Российской Федерации (уполномоченной организации).

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись получателя социальных услуг или его/ (расшифровка подписи)

законного представителя)

**Начальник управления организации**

**социального обслуживания И.Т. Шахманова**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(должность лица, подпись) (расшифровка подписи)

**М.П.**