**Министерство социального развития и труда Астраханской области**

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

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

 **№** (дата составления)

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

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

4. Адрес места жительства:

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

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:

паспорт: серия номер , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Контактный e-mail (при наличии):\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

9. Форма социального обслуживания: полустационарная

10. Виды социальных услуг:

I. Социально-бытовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Обеспечение дополнительных санитарно-гигиенических услуг в жилых помещениях, в помещениях для предоставления социальных услуг и местах общего пользования. | По мере необходимости | По мере обращения |  |  |

II. Социально-медицинские

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-медицинской услугии формы социального обслуживания** | **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** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 2 | Оказание консультационной психологической помощи с использованием телефона доверия 8(85147)23835 |  По меренеобходимости  | По мереобращения |  |  |

IV. Социально – педагогические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-педагогические****услугии формы социального обслуживания** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Формирование позитивных интересов(в т.ч. в сфере досуга - клубы)  |  3услуги | В неделю,в соответствии с планом мероприятий, утверждаемым поставщиком социальных услуг |  |  |
| 2 | Организация досуга и отдыха (книги, журналы, газеты, настольные игры, участие в самодельных вокальных ансамблях,экскурсии и иное).  |  3услуги | В неделю, в соответствии с планом мероприятий, утверждаемым поставщиком социальных услуг |  |  |

V. Социально-трудовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование****социально-трудовой услуги и формысоциального обслуживания** | **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** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 2 | Консультирование по вопросам связанным с правом граждан на социальное обслуживание  | По мере необходимости | По мере обращения  |  |  |

VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  | - | - | - | - | - |

Примечание:

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

 1.1. При 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:

Бесплатно, в соответствии со стандартами социальных услуг.

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование поставщика социальных услуг** | **Адрес места нахождения поставщика социальных услуг** | **Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, e-mail и т.п.)** |
| ГКУСОН АО КЦСОН, Лиманский р-н п. Лиман, ул. Кирова,19 | 416410 Астраханская область, Лиманский район, п. Лиман,ул. Комсомольская, 65 | 8(85147)23693Email: limcent@mail.ru |

**Получатель социальных услуг имеет право на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации.**

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 социального сопровождения** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(согласен /не согласен)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись получателя социальных услуг или (расшифровка подписи)

его законного представителя)

**Начальник управления организации**

**социального обслуживания министерства**

**социального развития и труда Астраханской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Т. Шахманова**

(должность лица, подпись) (расшифровка подписи)

М.П.