**Отдел социальной защиты населения администрации**

**Красненского района**

**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) | | | | | |  | | | | | |
| село |  | | | | | | | | 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: предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания.

10. Виды социальных услуг: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-правовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала

I. Социально-бытовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-бытовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | предоставление площади жилых помещений | согласно утвержденным нормативам | постоянно | постоянно |  |
| 2 | обеспечение питанием | согласно утвержденным нормативам | согласно графику организации | постоянно |  |
| 3 | обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) | согласно утвержденным нормативам | по мере необходимости | постоянно |  |
| 4 | уборка жилых помещений | согласно графику организации | согласно графику организации | постоянно |  |
| 5 | организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми |  | согласно утвержденным планам организации | постоянно |  |
| 6 | предоставление в пользование мебели | согласно утвержденным нормативам | постоянно | постоянно |  |
| **7** | **помощь в приеме пищи (кормление)**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **согласно графику организации** | **постоянно** |  |
| **8** | **обеспечение за счет средств получателя социальных услуг книгами, журналами, газетами, настольными играми**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **по мере необходимости** | **постоянно** |  |

II. Социально-медицинские

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-медицинской услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья |  | согласно назначению врача | постоянно |  |
| 2 | проведение оздоровительных мероприятий (оздоровительная гимнастика и прогулки на свежем воздухе) |  | согласно назначению врача,  по собственному желанию | постоянно |  |
| 3 | систематическое наблюдение для выявления отклонений в состоянии здоровья | постоянно | постоянно | постоянно |  |
| 4 | консультирование по социально-медицинским вопросам |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| 5 | проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни |  | согласно графику организации | постоянно |  |
| 6 | проведение занятий по адаптивной физической культуре |  | согласно назначению врача,  по собственному желанию | постоянно |  |
| 7 | оказание первой медицинской (доврачебной) помощи |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| 8 | оказание санитарно-гигиенической помощи (обмывание, обтирание, стрижка ногтей, причесывание, смена нательного и постельного белья) |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| 9 | оказание содействия в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения |  | согласно заключению врача,  рекомендаций  ИПР | постоянно |  |
| 10 | оказание содействия в госпитализации, сопровождение нуждающихся в медицинские учреждения |  | по мере необходимости | постоянно |  |
|  | проведение первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки | по мере необходимости | по мере необходимости | постоянно |  |
| 11 | проведение первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки | 1 раз | при поступлении в организацию | - |  |
| **12** | **профилактика и лечение пролежней**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **по мере необходимости** | **постоянно** |  |
| 13 | организация прохождения диспансеризации в организациях здравоохранения |  | ежегодно | постоянно |  |

III. Социально-психологические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-психологической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | социально-психологическое консультирование |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| 2 | социально-психологический патронаж |  | по мере необходимости | постоянно |  |

IV. Социально-педагогические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-педагогической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| **1** | **обучение родственников практическим навыкам общего ухода за тяжелобольным**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **по мере необходимости** | **постоянно** |  |
| 2 | формирование позитивных интересов |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| 3 | организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия) |  | согласно утвержденным планам организации | постоянно |  |

V. Социально-трудовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-трудовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам |  | согласно рекомендаций ИПР,  по собственному желанию | постоянно |  |
| **2** | **оказание помощи в трудоустройстве**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **согласно рекомендаций ИПР,**  **по собственному желанию** | **постоянно** |  |
| **3** | **организация помощи в получении образования**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **согласно рекомендаций ИПР,**  **по собственному желанию** | **постоянно** |  |

VI. Социально-правовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-правовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| **1** | **оказание помощи в оформлении и восстановлении документов**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | **по мере необходимости** | **постоянно** |  |
| 2 | оказание помощи в получении юридических услуг |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| 3 | оказание помощи в защите прав и законных интересов |  | по мере необходимости | постоянно |  |

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 |
| **1** | **обучение пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| **2** | **обучение навыкам поведения в быту и общественных местах**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | по мере необходимости | постоянно |  |
| **3** | **оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности**  **если клиент в этой услуге нуждается** |  | по мере необходимости | постоянно |  |

11. Условия предоставления социальных услуг: Условия предоставления социальных услуг в стационарной форме обслуживания осуществляется согласно утвержденным нормативам действующего законодательства

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.) |
| **наименование организации, указанной в заявлении гражданина** | **адрес места нахождения организации** | **телефоны, адрес электронной почты и т.п. организации** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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 |
| **заполнять при необходимости, если клиент в этой услуге нуждается** | **родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись получателя социальных услуг или (расшифровка подписи)

его законного представителя[[1]](#footnote-2))

**Начальник ОСЗН** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность лица, подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг** от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-бытовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-медицинских социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-психологических социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-педагогических социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-трудовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-правовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий по социальному сопровождению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг применительно к улучшению условий жизнедеятельности и (или) расширению возможностей получателя социальных услуг самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг) |  | (расшифровка подписи.) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. |

М.П.

1. [↑](#footnote-ref-2)