Отдел социальной защиты населения администрации Красненского района

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

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

|  |  |
| --- | --- |
| № |  |

|  |
| --- |
|  |

(дата составления)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Фамилия, имя, отчества (при наличии) | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 2. | Пол | | | |  | | | | | | | | 3. | Дата рождения | |  | |
| 4. | Адрес места жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| почтовый индекс | | | | | |  | | | | | | | город (район) | | Красненский | | |
| 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. | | Контактный e-mail (при наличии) | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 8. | | Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, | | | | | | | | | | | | | | | |
| повторно (нужное подчеркнуть) на срок до : | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 9. | | Форма социального обслуживания | | | | | | | | |  | | | | | | |

10. Виды социальных услуг:

I.Социально-бытовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность представления услуги | Срок представления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов (до 7 кг) | 30 мин. | 6 раз в месяц |  |  |
| 2 | Помощь (содействие) в приготовлении пищи | 30 мин. | 4 раза в месяц |  |  |
| 3 | Оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно- коммунальных услуг и услуг связи | 30 мин. | 1 раз в месяц |  |  |
| 4 | Покупка за счет средств получателя социальных услуг топлива, топка печей, обеспечение водой (в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения) | 20 мин. | 4 раза в месяц |  |  |
| 5 | Отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции | 10 мин. | 1 раз в месяц |  |  |

II. Социально-медицинские

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-медицинской услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность представления услуги | Срок представления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств, закапывание капель, пользование катетерами и другими изделиями медицинского назначения, введение инъекций согласно назначению врача | 10 мин. | 8 раз в месяц |  |  |
| 2 | Проведение оздоровительных мероприятий (оздоровительная гимнастика и прогулки на свежем воздухе | 5 мин. | 2 раза в месяц |  |  |
| 3 | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья | 5 мин. | 8 раз в месяц |  |  |
| 4 | Консультирование по социальномедицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателей социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья | 5 мин. | 2 раза в год |  |  |
| 5 | Проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни | 30 мин. | 2 раза в год |  |  |
| 6 | Проведение занятий по адаптивной физической культуре | 30 мин. | 2 раза в год |  |  |
| 7 | Оказание содействия в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (согласно заключению врача) | 20 мин. | 1 раз в месяц |  |  |
| 8 | Оказание содействия в госпитализации, сопровождение нуждающихся в медицинские учреждения | 20 мин. | 2 раза в год |  |  |

III.Социально-психологические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-психологической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность представления услуги | Срок представления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Психологическая помощь и поддержка, в том числе гражданам, осуществляющим уход на дому за тяжелобольными получателями социальных услуг | 20 мин. | 2 раза в год |  |  |

IV.Социально-правовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-правовые услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность представления услуги | Срок представления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Оказание помощи в получении юридических услуг | 20 мин. | 2 раза в год |  |  |

V.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 представления услуги | Срок представления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности | 35 мин. | 4 раза в год |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 11. | Условия предоставления социальных услуг:  (поставщиком социальных услуг указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания) |
|  | |
|  | |

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.) |
| Муниципальное бюджетное учреждение системы социальной защиты населения «Комплексный центр социального обслуживания населения» Красненского района | с.Красное ул. Подгорная д.14/1 | 8 47262 5 24 30 |

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

(подпись получателя социальных услуг или его (расшифровка подписи)

законного представителя)

Лицо, уполномоченное на

подписание инд.программы

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

(должность лица, подпись) (расшифровка подписи)

М.П.