

Перечень документов для разработки индивидуальной программы предоставления социальных услуг по стационарной форме обслуживания для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья

К заявлению прилагаются копии следующих документов (с предъявлением оригиналов):

- 1) паспорт одного из родителей (законного представителя);
- 2) свидетельство о рождении ребенка, паспорт (для детей старше 14 лет);
- 3) документ, подтверждающий регистрацию гражданина по месту жительства и (или) пребывания в Алтайском крае либо судебное постановление об установлении факта постоянного проживания в Алтайском крае (при отсутствии соответствующих отметок в документе, удостоверяющем личность);
- 4) справка о составе семьи (выписки из домовой книги);
- 5) справка об инвалидности и индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) при наличии инвалидности;
- 6) справки или иного документа, выданного медицинской организацией, о наличии заболевания или травмы, влекущей частичную утрату гражданами способности (возможности) осуществлять самообслуживание (для граждан, не имеющих инвалидность);
- 7) СНИЛС ребенка
- 8) Справка медицинской организации об отсутствии медицинских противопоказаний для стационарного обслуживания с датой ее выдачи не ранее 5 рабочих дней до момента обращения с заявлением.

## Форма заявления о предоставлении социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование органа (поставщика социальных услуг), в который предоставляется заявление)

от \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_

(дата рождения гражданина) \_\_\_\_\_ (СНИЛС гражданина)

\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

\_\_\_\_\_

на территории Российской Федерации)

\_\_\_\_\_

(контактный телефон, e-mail (при наличии)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина)

\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия

\_\_\_\_\_

представителя, реквизиты документа,

\_\_\_\_\_

подтверждающего личность представителя, адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения)

### Заявление о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания оказываемые  
(указывается форма социального обслуживания)  
КГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения города Новоалтайска»

\_\_\_\_\_

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждаюсь в социальных услугах:

1. Социально-бытовые
2. Социально-медицинские
3. Социально-психологические

4. Социально-педагогические
5. Социально-трудовые
6. Социально-правовые
7. Услуга в целях повышения коммуникативного потенциала  
(указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

---

---

---

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

(указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг:

---

---

---

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в реестр получателей социальных услуг: \_\_\_\_\_.

(согласен(а), не согласен (а))

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.  
дата заполнения заявления

## Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

(наименование органа, уполномоченного на составление индивидуальной программы предоставления

соци

альных услуг)

№ \_\_\_\_\_

(Дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Адрес места жительства:

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

город (село) \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_

корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

5. Адрес места работы:

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

город(село) \_\_\_\_\_ ули

ца \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_

корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ 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: стационарная форма

10. Виды социальных услуг:

### I Социально-бытовые

№ п/п	Наименование социально-бытовые услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам	предоставляет ся жилая площадь (4 кв.м) и мебель (кровать, мебель для хранения	ежедневно		

		вещей)			
2	Обеспечение питанием согласно утвержденным нормам	шестиразовое питание	ежедневно		
3	Обеспечение мягким инвентарем согласно утвержденным нормам	1 комплект постельного белья (наволочка, пододеяльник, простынь), матрац, одеяло, подушка, полотенце	1 раз в неделю		

## II. Социально – медицинские

№ п/п	Наименование социально-психологической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья (изменение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств), социальная услуга предоставляется получателю социальных услуг индивидуально	15 мин. за 1 раз	ежедневно		
	Систематическое наблюдение за получателем социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья	не более 10 мин. за 1 раз.	ежедневно 2 раза в день		
1	Проведение оздоровительных мероприятий	не более 60 мин. за один раз	5 раз в неделю		
2	Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателей социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья)	не более 50 мин. за один раз	1 раз в неделю		
3	Проведение занятий по адаптивной физической культуре	не более 35 мин. за один раз	2 раза в неделю		

### III. Социально-психологические

№ п/п	Наименование социально-психологической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Оказание консультационной психологической помощи	не более 60 мин. за один раз	5 раз в неделю		

### IV. Социально-педагогические

№ п/п	Наименование социально-педагогические услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование.	не более 60 мин. за 1 раз	5 раз в неделю		
2	Формирование позитивных интересов (в том числе в сфере досуга)	не более 60 мин. за 1 раз	2 раза в неделю		
3	Организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия)	не более 120 мин.	1 раз в месяц		

#### Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м<sup>2</sup>, шт., место, комплект и т.п).

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<sup>1</sup>:

---

(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.)
КГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения города Новоалтайска»	658080 г. Новоалтайск Ул. Строительная, 12А	8 (385-32)2-06-43 e-mail: novoalt-2005@mail.ru

13. Отказ от социального обслуживания, социальные услуги:

Наименование формы социального обслуживания, виды социальных услуг, социальные услуги от которых отказывается получатель социальных услуг	Причины отказа	Дата отказа	Подпись получателя социальных услуг

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

Виды социального сопровождения	Получатель социального сопровождения <sup>2</sup>	Отметка о выполнении <sup>3</sup>

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

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя<sup>4</sup>)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Лицо, уполномоченное на  
подписание индивидуальной программы  
предоставления социальных услуг  
уполномоченного органа  
субъекта Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
(должность лица, подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

МП

<sup>1</sup>Получатель социальных услуг на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по форме социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации.

<sup>2</sup>Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

<sup>3</sup>организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины).

<sup>4</sup>Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

\_\_\_\_\_  
(дата составления)

№ \_\_\_\_\_

## 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-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  
подписи)  
подписания индивидуальной программы  
предоставления социальных услуг)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка

МП

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г



СОГЛАСОВАНО

И.о. начальника Главного управления  
Алтайского края по труду и социальной  
защите\_\_\_\_\_ Д.В. Трофименко  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 года

УТВЕРЖДАЮ

Директор КГБУСО «Комплексный центр  
социального обслуживания населения  
города Новоалтайска»\_\_\_\_\_ А. В. Егошина  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 года

**График проведения реабилитационных курсов  
на ноябрь-декабрь 2015 года в стационаре отделения реабилитации  
несовершеннолетних с ограниченными умственными  
и физическими возможностями здоровья  
КГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения  
города Новоалтайска»**

<i>№</i>	<i>Реабилитационные курсы</i>	<i>Кол- во дней</i>	<i>Возраст</i>	<i>Нозология</i>	<i>Количество койко-мест по государствен- ному заданию</i>
1	17.11.15-04.12.15	18	7 - 10	Олигофрения, синдром Дауна, ДЦП, аномалии речи, ЗПР, ЗРР, отклонения нервно-психического развития, нарушения опорно-двигательного аппарата	16
2	10.12.15-30.12.15	21	7 - 10	Олигофрения, синдром Дауна, ДЦП, аномалии речи, ЗПР, ЗРР, отклонения нервно-психического развития, нарушения опорно-двигательного аппарата	16

На бланке УСЗН

Директору КГБУСО  
«Комплексный центр  
социального обслуживания  
населения города Новоалтайска»  
А.В. Егошиной

Заявка на реабилитационный курс с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

№ п/п	Ф.И.О. ребенка	Дата рожде ния	Основной диагноз	Класс Иностранный язык	Ф.И.О родителя телефон
1					

Начальник управления

подпись /расшифровка/

Перечень документов и личных вещей ребенка при поступлении в стационар отделения реабилитации несовершеннолетних с ограниченными умственными и физическими возможностями здоровья

При поступлении ребенка на стационарное социальное обслуживание необходимо представить следующие документы или копии документов (при наличии оригинала):

- 1) индивидуальная программа предоставления социальных услуг (выданная Управлением социальной защиты населения);
- 2) справка медицинской организации об отсутствии контакта с инфекционными больными, действует 3 рабочих дня;
- 3) выписка-направление из медицинской карты амбулаторного больного (Форма 027/у - модифицированная);
- 4) копия прививочного сертификата (и оригинал)
- 5) копия страхового медицинского полиса медицинского страхования граждан;
- 6) амбулаторная карта ребенка;
- 7) результаты анализов (с указанием ФИО обследуемого, номера, даты результата, результата анализа, штампа медицинской организации, подпись исполнителя, каждый анализ на отдельном бланке):
  - крови (общий анализ), действителен 1 месяц;
  - мочи (общий анализ), действителен 1 месяц;
  - кала на яйца гельминтов, действителен 2 недели;
  - мазок на Энтеробиоз, действителен 2 недели;
- 8) справка со школы с указанием класса, программы обучения и иностранного языка (учебники, тетради);
- 9) свидетельство о рождении ребенка, паспорт (для детей старше 14 лет);
- 10) копия паспорта одного из родителей;
- 11) СНИЛС ребенка;
- 12) справка об инвалидности (МСЭ), ИПР ребенка-инвалида,
- 13) справки или иного документа, выданного медицинской организацией, о наличии заболевания или травмы, влекущей частичную утрату гражданами способности (возможности) осуществлять самообслуживание (для граждан, не имеющих инвалидность).

Так же ребенку необходимо иметь:

- зубную щетку, зубную пасту;
  - мыло туалетное 1 шт., шампунь, порошок стиральный 1 шт.;
  - полотенце банное 1 шт., мочалку 1 шт.
  - расческу;
  - салфетки 2 шт.;
  - гигиенические прокладки (для девочек);
  - ночную сорочку или пижаму;
  - сменную обувь (тапочки или шлепанцы);
  - спортивную форму (трико, футболка);
  - легкую одежду для пребывания в учреждении;
  - теплую одежду для прогулок (свитер, теплые носки, теплые штаны, варежки-2 пары);
  - плавки и носки (не менее 5);
  - большой пустой пакет для грязного белья;
  - учебники, тетради. Канцелярские принадлежности.
- На всех вещах должны быть метки (ФИО ребенка)