

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 социальных 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) _____ улица _____

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, м², 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 услуг¹:

(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 ²	Отметка о выполнении ³

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен _____

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя⁴)

(расшифровка подписи)

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

(должность лица, подпись)

(расшифровка подписи)

МП

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

²Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

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

⁴Подчеркнуть 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
зашите

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 Энторобиоз, 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)