

# 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) \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

цa \_\_\_\_\_ 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	предоставляется жилая площадь (4 кв.м) и мебель (кровать, мебель для хранения	ежедневно		

		вещей)			
2	Обеспечение питанием согласно утвержденным нормам	шестикратное 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	не более 35	2 раза в		

	адаптивной физической культуре	мин. за один раз	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	Адрес места	Контактная
------------------------------------	-------------	------------

услуг	нахождения поставщика социальных услуг	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 подпись)

подписания индивидуальной программы предоставления социальных услуг)

(расшифровка