

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) _____
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 _____

10. Виды социальных услуг:

I. Социально-бытовые

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Предоставление жилой площади, помещений для организации реабилитационных мероприятий, лечебно-трудовой деятельности, культурно-бытового обслуживания	Койко-место	Постоянно		
2	Предоставление в пользование мебели	Штук	Постоянно		
3	Содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли и связи	Заказ	По мере необходимости		
4	Приготовление и подача пищи, включая диетическое питание	Заказ	Постоянно		
5	Предоставление мягкого инвентаря (постельных принадлежностей)	Комплект	По утвержденном у нормативу		
6	Обеспечение досуга (книги, журналы, газеты, настольные игры, экскурсии)		Согласно плану		
7	Оказание помощи в написании писем		По мере необходимости		

8	Обеспечение сохранности личных вещей и ценностей	Место	По мере необходимости		
9	Создание условий для отправления религиозных обрядов		По мере необходимости		
10	Содействие в организации ритуальных услуг	Человек	По мере необходимости		

II. Социально-медицинские

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Обеспечение ухода с учетом состояния здоровья	Человек	Постоянно		
2	Проведение реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), в том числе для инвалидов, на основании индивидуальных программ реабилитации	Человек	По мере необходимости		
3	Оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи (при наличии соответствующей лицензии)	Человек	По мере необходимости		
4	Содействие в прохождении медико-социальной экспертизы	Человек	По мере необходимости		
5	Содействие в получении медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, целевых и территориальных программ обязательного медицинского страхования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения	Человек	По мере необходимости		
6	Содействие в получении стоматологической помощи	Человек	По мере необходимости		
7	Содействие в организации прохождения диспансеризации	Человек	По мере необходимости		
8	Содействие в госпитализации в медицинские организации (при необходимости)	Человек	По мере необходимости		
9	Содействие при наличии медицинских показаний по заключению врача в направлении на санаторно-курортное лечение	Человек	По мере необходимости		
10	Оказание психологической поддержки, проведение психокоррекционной работы	Человек	По мере необходимости		
11	Содействие в получении технических средств реабилитации, протезно-ортопедических изделий	Человек	По мере необходимости		
12	Соблюдение санитарно-гигиенических требований в жилых помещениях и местах общего пользования		Постоянно		

III. Социально-психологические

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления	Срок предоставления	Отметка о выполнении
-------	---------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

			ления услуги	услуги	нии
	-	-	-	-	-

IV. Социально-педагогические

№ п/ п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставле ния услуги	Периодич ность предостав ления услуги	Срок предостав ления услуги	Отметка о выполне нии
	-	-	-	-	-

V. Социально-трудоовые

№ п/ п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставле ния услуги	Периодич ность предостав ления услуги	Срок предостав ления услуги	Отметка о выполне нии
1	Создание условий для использования остаточных трудовых возможностей, участие в лечебно-трудоовой деятельности	Занятие	Согласно плану		
2	Проведение мероприятий по обучению доступным профессиональным навыкам, восстановлению личного и социального статуса	Занятие	Согласно плану		

VI. Социально-правовые

№ п/ п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставле ния услуги	Периодич ность предостав ления услуги	Срок предостав ления услуги	Отметка о выполне нии
1	Помощь в оформлении документов	Штук	По мере необходимости		
2	Оказание содействия в вопросах пенсионного обеспечения и других социальных выплат	Человек	По мере необходимости		
3	Содействие в получении установленных действующим законодательством мер социальной поддержки	Человек	По мере необходимости		
4	Содействие в получении консультативной помощи	Человек	По мере необходимости		
5	Обеспечение представительства в суде с целью защиты прав и интересов	Человек	По мере необходимости		
6	Содействие в получении бесплатной помощи адвоката в порядке, установленном действующим законодательством	Человек	По мере необходимости		
7	Содействие в сохранении занимаемых ранее по договору найма или аренды жилых помещений государственного и муниципального жилищных фондов в течение шести месяцев с момента поступления в стационарную организацию социального обслуживания	Человек	По мере необходимости		

VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставляемая услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Обучение инвалидов пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	Занятие	По мере необходимости		
2	Проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания	Занятие	По мере необходимости		

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м², шт., место, комплект и т.п.) в случаях, когда объем может быть определен единицами измерения.

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.)
ГБУ РМЭ «Кокшайский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	425075, Республика Марий Эл, Звениговский район, д. Семеновка	8 (83645) 6-80-06
ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинский дом-интернат для престарелых и инвалидов «Сосновая роща»	424030, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Кирпичная, д. 58	8 (8362) 56-38-86
ГБУ РМЭ «Карлыганский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	425527, Республика Марий Эл, Мари-Турекский район, д. Большой Карлыган, ул. Мира, д. 54	8 (83634) 9-25-69
ГБУ РМЭ «Колянурский дом-интернат для престарелых и инвалидов»	425407, Республика Марий Эл, Советский район, д. Колянур, д. 7а	8 (83638) 9-93-24

¹ Получатель социальных услуг имеет право на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации

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 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 Республики Марий Эл

(должность лица, подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

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

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

⁴ Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ**о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг
от _____ № _____**

Индивидуальная программа предоставления социальных
реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления
социально-бытовых услуг: _____.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления
социально-медицинских услуг: _____.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления
социально-психологических услуг: _____.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления
социально-педагогических услуг: _____.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления
социально-трудовых услуг: _____.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления
социально-правовых услуг: _____.

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

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)

М.П.

«_____» _____ 20____ г.