Министерство социального развития Республики Марий Эл

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

**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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поселок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Виды социальных услуг:

I. Социально-бытовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги | Объем предоставле  ния услуги | Периодич  ность предостав  ления услуги | Срок предостав  ления 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 утвержденному 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 предоставле  ния услуги | Периодич  ность предостав  ления услуги | Срок предостав  ления 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 предоставле  ния услуги | Периодич  ность предостав  ления услуги | Срок предостав  ления услуги | Отметка о выполнении |
|  | - | - | - | - | - |

IV. Социально-педагогические

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

V. Социально-трудовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги | Объем предоставле  ния услуги | Периодич  ность предостав  ления услуги | Срок предостав  ления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Создание условий для использования остаточных трудовых возможностей, участие в лечебно-трудовой 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 выполнении |
| 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 предоставле  ния услуги | Периодич  ность предостав  ления услуги | Срок предостав  ления 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 «Зеленогорский психоневрологический интернат» | 425143, Республика Марий Эл, Моркинский район, п.Зеленогорск, ул. Советская, д. 37 | 8 (83635) 9-31-36 |
| ГБУ РМЭ «Красногорский психоневрологический интернат» | 425080, Республика Марий Эл, Звениговский район, п. Трубный | 8 (83645) 6-52-01 |
| ГБУ РМЭ «Кундуштурский психоневрологический интернат» | 425416, Республика Марий Эл, Советский район, п. Зеленый, д. 7 | 8 (83638) 9-74-61 |
| ГБУ РМЭ «Пектубаевский психоневрологический интернат» | 425443, Республика Марий Эл, Новоторъяльский район, с. Пектубаево, ул. Советская, д. 35 | 8 (83636) 9-51-24 |
| ГБУ РМЭ «Психоневрологический интернат «Таир» | 424915, Республика Марий Эл, Звениговский район, п. Таир | 8 (83645) 6-66-17 |
| ГБУ РМЭ «Шоя-Кузнецовский психоневрологический интернат» | 425222, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, д. Шоя-Кузнецово, ул. Ветеранов, д. 1 | 8 (8362) 69-60-30 |

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

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 сопровождения2 | Отметка о выполнении3 |
|  |  |  |
|  |  |  |

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  Директор ГБУ РМЭ  «Красногорский психоневрологический дом интернат»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата составления)

**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 (расшифровка подписи)

на подписание индивидуальной

программы предоставления

социальных услуг)

М.П. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.