

УСЗН по Усть-Калманскому району

(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 местожительства: _____

почтовый индекс _____ город (район) Усть-Калманский

село Михайловка _____ улица _____ дом № _____

корпус _____ квартира _____ телефон _____

5. Адрес места работы: _____

почтовый индекс _____ город (район) _____

улица _____ дом _____ телефон _____

6. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа _____ № _____ от _____ выдан _____

7. Контактный e-mail (при наличии) _____

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: 3 года

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 площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам | В соответствии со стандартами социальных услуг, предоставляемых в стационарной форме социального обслуживания в Алтайском крае, утвержденных приказом Главлтайсоцзащиты от 25.12.2014 | ежедневно | | |

| | | | | | |
|----|--|-------------------------------|---------------|--|--|
| | | № 433 (далее – «Стандарты») | | | |
| 2. | Обеспечение питанием согласно утвержденным нормам | В соответствии со Стандартами | ежедневно | | |
| 3 | Обеспечение мягким инвентарем согласно утвержденным нормативам | В соответствии со Стандартами | ежедневно | | |
| 4 | Обеспечение за счет средств получателя социальных услуг книгами, журналами, газетами, настольными играми | В соответствии со Стандартами | 1 раз в месяц | | |

II. Социально-медицинские

| № п/п | наименование социально-медицинской услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|-------|---|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 | Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и др.) | В соответствии со Стандартами | ежедневно | | |
| 2. | Проведение оздоровительных мероприятий | В соответствии со Стандартами | 1 раз в неделю | | |
| 3. | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии здоровья | В соответствии со Стандартами | 2 раза в неделю | | |
| 4. | Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателей социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями социальных услуг в целях | В соответствии со Стандартами | не более 1 раза в неделю | | |

| | | | | | |
|----|---|-------------------------------|---------------|--|--|
| | выявления отклонений в состоянии их здоровья) | | | | |
| 5. | Проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни | В соответствии со Стандартами | 1 раз в месяц | | |

III. Социально-психологические

| № п/п | наименование социально-психологической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|-------|---|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 | Социально-психологический патронаж | В соответствии со Стандартами | 1 раз в неделю | | |

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

| № п/п | наименование социально-психологической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|-------|---|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 | Проведение социально реабилитационных (социально-абилитационных) мероприятий в сфере социального обслуживания | В соответствии со Стандартами | не более 5 раз в неделю | | |

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.

При заполнении строк о сроке предоставления социальной услуги указывается дата начала ее предоставления и дата окончания.

При заполнении строк о выполнении социальной услуги поставщиком социальных услуг указывается: «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины).

11. Условия предоставления социальных услуг¹: платно

(указывается «платное обслуживание, среднедушевой доход за 12 месяцев составляет _____ рублей»)

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

¹Указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания. Условия предоставления социальных услуг указываются поставщиком социальных услуг.

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.) |
|--|--|---|
| КГБСУСО "Усть-Калманский дом-интернат малой вместимости для престарелых и инвалидов" | ✉ 658165, Алтайский край, Усть-Калманский район, с. Кабаново, ул. Ползунова, 25. | Факс 2-43-12. E-mail: internat-kabanovo@yandex.ru |

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: **нет**

| 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)

Управление по социальной защите _____

(подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг, расшифровка подписи)

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

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

⁴Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись