

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) _____

село _____ улица _____ дом № _____

корпус _____ квартира _____ телефон _____

5. Адрес места работы: не работает

почтовый индекс _____ город (село) _____

улица _____ дом _____ телефон _____

6. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа:

7. Адрес электронной почты (при наличии) _____.

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

9. Форма социального обслуживания - **на дому**

10. Виды социальных услуг:

I. Социально-бытовые

№ п/п	наименование социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1.	Покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов за счет средств получателя социальных услуг: социальное обслуживание на дому				
2.	Помощь в приготовлении пищи (подготовка продуктов питания к приготовлению, помощь в приготовлении горячего блюда, разогрев готовых блюд, мытье посуды, кормление ослабленных граждан): социальное обслуживание на дому				
3.	Покупка за счет средств получателя и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет ,				

	журналов: социальное обслуживание на дому				
4.	Оказание помощи в проведении мелкого ремонта, уборка жилых помещений, в том числе вынос мусора (в пределах соц. норм) : социальное обслуживание на дому				
5.	Оплата жилья, коммунальных услуг и услуг связи за счет средств получателя социальных услуг в пределах района проживания: социальное обслуживание на дому				

II. Социально-медицинские

№ п/п	наименование социально-медицинской услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги (раз)	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1.	Оказание помощи в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (покупка и доставка на дом), техническими средствами реабилитации и ухода: социальное обслуживание на дому				

III. Социально-психологические(не предоставляются)

№ п/п	наименование социально-психологической услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
-------	--	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------

IV. Социально-педагогические (не предоставляются)

№ п/п	наименование социально-педагогической услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
-------	---	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------

V. Социально-трудовые (не предоставляются)

№ п/п	наименование социально-трудовой услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления	Периодичность предоставления	Срок предоставления	Отметка о выполнении
-------	---	----------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

		услуги	услуги	услуги	
--	--	--------	--------	--------	--

VI. Социально-правовые(не предоставляются)

№ п/п	наименование социально-правовой услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
-------	---	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------

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

№ п/п	наименование услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
-------	--	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------

11. Условия предоставления социальных услуг: социальное обслуживание на дому осуществляется в соответствии с договором на предоставление социальных услуг; оплата за предоставление социальных услуг на дому рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но не может превышать пятьдесят процентов разницы между величиной среднедушевого дохода получателей социальных услуг и предельной величиной среднедушевого дохода, установленной в Краснодарском крае.

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.)
Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Краснодарского края «Калининский комплексный центр социального обслуживания населения»	353780, ст-ца Калининская ул. Фадеева, д.147	тел. (8861-63) 2-44-52 факс. (8861-63) 2-44-52 cso otrada@msrsp.krasnodar.ru

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от	Причины отказа	Дата отказа	Подпись получателя социальных услуг
--	----------------	-------------	-------------------------------------

которых отказывается получатель социальных услуг			

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

Вид социального сопровождения	Получатель социального сопровождения	Отметка о выполнении

С содержанием Индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен _____

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя, расшифровка подписи)

Руководитель управления социальной защиты населения
в Калининском районе

С.Н. Марков

(дата составления)

№ _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

О выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг от _____ № _____ :

программа реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть)

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-бытовых социальных услуг:

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

Рекомендации: _____.

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

(Ф.И.О.)

“ ” 20 г.

М.П.