|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ГКУСО «Ипатовский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Причал»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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: | | | | женский | | | | | | | | | | | 3. Дата рождения | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Адрес места жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| почтовый индекс | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | город (район) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| село | |  | | | | | | | | | | | | улица | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | дом № | | |  | | |
| корпус | | | | |  | | | | | | | | | квартира | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | телефон | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 5. Адрес места работы: | | | | | | | | | | | нет сведений | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| почтовый индекс | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | город (район) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **II. Социально-медицинские** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №п/п | Наименование социально- медицинской услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Объем предоставления услуги | | | | | | | | | | Периодичность предоставления услуги | | | | | | | | Срок предоставления услуги | | | | | | Отметка о выполнении | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **III. Социально-психологические** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №п/п | Наименование социально- психологической услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Объем предоставления услуги | | | | | | | | | | Периодичность предоставления услуги | | | | | | | | Срок предоставления услуги | | | | | | Отметка о выполнении | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **IV. Социально-педагогические** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №п/п | Наименование социально- педагогической услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Объем предоставления услуги | | | | | | | | | | Периодичность предоставления услуги | | | | | | | | Срок предоставления услуги | | | | | | Отметка о выполнении | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **V. Социально-трудовые** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №п/п | Наименование социально- трудовой услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Объем предоставления услуги | | | | | | | | | | Периодичность предоставления услуги | | | | | | | | Срок предоставления услуги | | | | | | Отметка о выполнении | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **VI. Социально-правовые** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №п/п | Наименование социально- правовой услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| №п/п | Наименование услуги | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Объем предоставления услуги | | | | | | | | | | Периодичность предоставления услуги | | | | | | | | Срок предоставления услуги | | | | | | Отметка о выполнении | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 услуг: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| бесплатно | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 (телефон, адрес электронной почты и т.п.) | | | | | | | | | | | | |
| ГКУСО «Ипатовский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Причал» | | | | | | | | | | | | | | | | 356630, Ставропольский край, Ипатовский район, М\О г. Ипатово, г. Ипатово, ул. Степная, д. 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8(86542)5-86-40 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Отметка о выполнении 2 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (подпись получателя социальных услуг или его законного представителя 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (расшифровка подписи) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа субъекта Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (должность лица, подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (расшифровка подписи) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | от | | |  | | | | | | номер | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Индивидуальная программа предоставления социальных услуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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- 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 подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг) | | | | | | | | | | | | | | (расшифровка подписи) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| "\_\_\_\_" | | |  | | | | | | |  | 20 | | | г. |
|  | | | | | | МП | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 Получатель - родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей. 2 Организация, оказывающая социальное сопровождение, ставит отметку: "выполнено", "выполнено частично", "не выполнено" (с указанием причины). 3 Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |