|  |
| --- |
| **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 получателейсоциальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности,в том числе детей-инвалидов** |
| №п/п | Наименованиеуслуги | 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 илиего 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. |
|  |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕо 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 ограниченияжизнедеятельности, 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. |