Шаблон индивидуальной программы предоставления социальных услуг

Министерство социального развития Московской области

Балашихинское управление социальной защиты населения

(наименование территориального структурного подразделения)

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

XX.XX.XXXX № XXXX

(дата составления)

XX.XX.XXXX

(дата переоформления)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Дата рождения XX.XX.XXXX г.

4. Адрес места жительства:

почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район)

село \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 документа, наименование выдавшего органа

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

7. Контактный e –mail (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

II. Социально-медицинские

| № п/п | Наименование социально-медицинской услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

III. Социально-психологические

| № п/п | Наименование социально-психологической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

IV.Социально-педагогические

| № п/п | Наименование социально-педагогической услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

V. Социально-трудовые

| № п/п | Наименование социально-трудовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

VI. Социально-правовые

| № п/п | Наименование социально-правовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

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 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

VIII. Срочные услуги

| № п/п | Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Примечание:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, мІ, 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)

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

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

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

| Наименование поставщика социальных услуг | Адрес места нахождения поставщика социальных услуг | Контактная информация поставщика социальных услуг (телефон, e-mail и т.п.) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

| Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг | Причина  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 (расшифровка подписи)

его законного представителя4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Начальник Территориального управления социальной защиты населения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |

Исп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

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.