ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к приказу Министерства труда,

занятости и социального развития

Чеченской Республики

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014г.\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма

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

(Наименование органа, уполномоченного на составление индивидуальной предоставления социальных услуг )

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 этих документов, наименование выдавшего органа

7. Контактный е-mail (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

9. Форма социального обслуживания.

2

10. Виды социальных услуг:

1. 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-психололгические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

3

VI. Социально-правовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование социально-правовые 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» ( суказанием причины).

11. Условия предоставления социальных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(поставщиком социальных услуг указываются

услуг(необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиками социальных 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 | Контакная информация поставщика социальных услуг (телефон,е-mail и т.п.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

4

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального обслуживания | Получатель социального | Отметка о выполнении |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Лицо уполномоченное на

подписание индивидуальной программы

предоставления социальных услуг

уполномоченного органа

субъекта Российской Федерации

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

(должность лица, подпись) ( расшифровка подписи)

М.П.

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

(с указанием причин).

статус лица, поставившего подпись.

5

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата составления)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 обеспечить свои соновные жизненные потребности.

Рекомендации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись лица, уполномоченного на ( расшифровка подписи )

подписание индивидуальной программы

представления социальных услуг)

М.П. «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.