**ГКУ «КЦСОН в Баксанском муниципальном районе» МТЗ СЗ КБР**

(наименование органа, уполномоченного на составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг)

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА**

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

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

(дата составления)

1.Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Адрес места жительства:

почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

село\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

корпус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квартира\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.Адрес места работы:

почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

7.Контактный e-mail(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** |
| 1 | Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания, промтоваров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, книг, газет и журналов |  |  |  |  |
| 2 | Помощь в приготовлении пищи |  |  |  |  |
| 3 | Помощь в приеме пищи (в кормлении) |  |  |  |  |
| 4 | Предоставление гигиенических услуг лицам неспособным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход |  |  |  |  |
| 5 | Сдача за счет средств получателя социальных услуг вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка |  |  |  |  |
| 6 | Покупка за счет средств получателя социальных услуг топлива (в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения) топка печей, обеспечение водой |  |  |  |  |
| 7 | Оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг и услуг связи |  |  |  |  |
| 8 | Организация помощи в проведении ремонта и уборки жилых помещений |  |  |  |  |
| 9 | Оказание помощи в написании писем, отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции |  |  |  |  |
| 10 | Содействие в посещении театров, выставок и других культурных мероприятий |  |  |  |  |
| 11 | Содействие в обеспечении книгами, журналами и газетами |  |  |  |  |
| 12 | Содействие в организации ритуальных услуг  |  |  |  |  |

**II.Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-медицинской услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Содействие в предоставлении медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан РФ, государственных программ и территориальных программ обязательного медицинского страхования оказываемой медицинскими организациями |  |  |  |  |
| 2 | Выполнение процедур связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и др.) |  |  |  |  |
| 3 | Систематическое наблюдении за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья |  |  |  |  |
| 4 | Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья) |  |  |  |  |
| 5 | Содействие в госпитализации сопровождения нуждающихся в медицинской организации |  |  |  |  |
| 6 | Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом лекарственных средств и изделий медицинского назначения |  |  |  |  |
| 7 | Содействие в проведении медико-социальной экспертизы |  |  |  |  |
| 8 | Содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных) в том числе для инвалидов (детей инвалидов) на основании индивидуальных программ реабилитации |  |  |  |  |
| 9 | Проведение оздоровительных мероприятий  |  |  |  |  |
| 10 | Посещение в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в целях оказания морально-психологической поддержке |  |  |  |  |
| 11 | Содействие в получении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи, а также в обеспечении средствами ухода и техническими средствами реабилитации |  |  |  |  |
| 12 | Содействие в получении путевок на санаторно-курортное лечение  |  |  |  |  |

**III.Социально-психологические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-психологической услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Социально - психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений |  |  |  |  |
| 2 | Психологическая помощь и поддержка гражданам, осуществляющим уход на дому за тяжелобольными получателями социальных услуг |  |  |  |  |
| 3 | Социально-психологический патронаж |  |  |  |  |
| 4 | Оказание психологической (экстренной, психологической) помощи по телефону, в том числе гражданам, осуществляющим уход на дому за тяжелобольными получателями социальных услуг |  |  |  |  |

**IV.Социально-правовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-правовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг |  |  |  |  |
| 2 | Содействие в получении установленных действующим законодательством мер социальной поддержки |  |  |  |  |
| 3 | Оказание помощи по вопросам пенсионного обеспечения и получения других социальных выплат |  |  |  |  |
| 4 | Содействие в получении в бесплатной помощи адвоката в порядке установленном законодательством |  |  |  |  |
| 5 | Оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно |  |  |  |  |
| 6 | Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Дополнительные платные социальные услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Присмотрим за гражданином (наблюдение за состоянием больного, при ухудшении вызов врача и сообщение родственникам |  |  |  |  |
| 2 | Подача лекарства больному по назначению врача |  |  |  |  |
| 3 | Подача судна и/или утки, подмывание больного, смена памперса (пеленок) предоставленных заказчиком |  |  |  |  |
| 4 | Кормление больного заранее приготовленной пищей (подогрев, кормление, уборка посуды, удаление остатков пищи) |  |  |  |  |
| 5 | Санитарная обработка больного (комплекс мероприятий направленных на профилактику пролежней) |  |  |  |  |
| 6 | Гигиенический уход за лежачим больным (купание, обтирание на месте, натирание спиртом) |  |  |  |  |
| 7 | Смена постельных принадлежностей и нательного белья |  |  |  |  |
| 8 | Уход за волосами (расчесывание) |  |  |  |  |
| 9 | Уход за ушами и носом |  |  |  |  |
| 10 | Бритье |  |  |  |  |
| 11 | Уход за полостью рта |  |  |  |  |
| 12 | Стрижка ногтей |  |  |  |  |
| 13 | Гигиенический уход за больным передвигающимся (купание, обтирание на месте, натирание спиртом) |  |  |  |  |
| 14 | Поддержание чистоты в помещении (влажная уборка помещения, где находится больной, проветривание спиртом) |  |  |  |  |
| 15 | Поддержание чистоты в помещении (влажная уборка помещения, где находится больной, проветривание помещения) |  |  |  |  |
| 16 | Сопровождение на прогулке |  |  |  |  |
| **№****п/п** | **Услуги по уборке жилого помещения** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Мытье дверей |  |  |  |  |
| 2 | Мытье посуды |  |  |  |  |
| 3 | Мытье застекленных лоджий, балконов |  |  |  |  |
| 4 | Уборка лестниц и лестничных площадок |  |  |  |  |
| 5 | Протирка жалюзи |  |  |  |  |
| 6 | Очистка книг от пыли с выборкой их из шкафов и полок |  |  |  |  |
| 7 | Стирка белья в стиральной машине заказчика |  |  |  |  |
| **№****п/п** | **Услуги по оказанию ремонтных работ** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1 | Врезка дверных замков |  |  |  |  |
| 2 | Побелка стен, потолков |  |  |  |  |
| 3 | Покраска окон |  |  |  |  |
| 4 | Покраска труб |  |  |  |  |
| 5 | Покраска батарей |  |  |  |  |
| 6 | Покраска дверей  |  |  |  |  |
| 7 | Покраска стен |  |  |  |  |
| 8 | Штукатурка стен |  |  |  |  |
| 9 | Штукатурка потолков |  |  |  |  |
|  | Оклейка обоев |  |  |  |  |
|  | Шпатлевка  |  |  |  |  |
|  | Ремонт сантехники |  |  |  |  |
|  | Установка сантехники |  |  |  |  |
|  | Ремонт розетки |  |  |  |  |
|  | Ремонт выключателя |  |  |  |  |
|  | Ремонт, устранение обрыва в электропроводке |  |  |  |  |
|  | Замена лампочек в электросветильнике: |  |  |  |  |
|  | Люминесцентная |  |  |  |  |
|  | Галогеновая (без демонтажа корпуса светильника) |  |  |  |  |
|  | Галогеновая (с демонтажем корпуса светильника) |  |  |  |  |
|  | Накаливания (энергосберегающая) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**V. Условия предоставления социальных услуг:**

**VI. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование поставщика социальных услуг** | **Адрес поставщика социальных услуг** | **Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, e-mail и т.п.)** |
| ГКУ «КЦСОН в Баксанском муниципальном районе»  | ул.Революционная, 225  | 4-13-71, 35-1-73kcsonbak@list.ru |
|  |  |  |

**VII. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги которых отказывается получатель социальных услуг | Причины отказа | Дата отказа | Подпись получателя социальных услуг |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**VIII. Мероприятия по социальному сопровождению:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель социального сопровождения (1)  | Отметка о выполнении (2) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись получателя социальных услуг (3) расшифровка подписи

Лицо, уполномоченное на подписание

 индивидуальной программы

предоставления социальных услуг

уполномоченного органа

субъекта РФ

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

Должность лица, подпись расшифровка подписи

М.П.[[1]](#endnote-2)

1. 1.Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

2.Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины).

3.Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕо 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 обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Рекомендации: .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись лица, уполномоченногона подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг)  |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. |

М.П. [↑](#endnote-ref-2)