**Комитет по социальной защите населения Ленинградской области**

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

\_\_\_\_\_*\_*\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата составления)

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

2. Пол \_\_\_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_

4. Адрес места жительства:

Почтовый индекс\_\_\_\_ город (район)\_\_\_\_

Село \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_дом № \_\_

Корпус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_квартира\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон

5. Адрес места работы:

6. Почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улиц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: **Стационарная** (*Услуги, предоставляемые получателям социального обслуживания, (за исключением несовершеннолетних детей, том числе детей-инвалидов, родителей (иных законных представителей) несовершеннолетних детей, если родители (иные законные представители) и (или) их дети признаны нуждающимися в социальном обслуживании в полустационарной или стационарной форме с временным проживанием, граждан, подвергшихся насилию в семье, если они признаны нуждающимися в социальном обслуживании в стационарной форме временного проживания), в стационарной форме с постоянным проживанием – в соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области).*

10. Виды социальных услуг:

I.Социально-бытовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №;п/п. | Наименование социально-бытовой услуги | Объем предоставления услуги в месяц | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам; уборка жилых помещений и мест общего пользования | 31 | согласно нормативам, утвержденным Комитетом | постоянно |  |
| 2 | Обеспечение питания согласно утвержденным нормативам | 124  | ежедневно | постоянно |  |
| 3 | Обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) согласно утвержденным нормативам | 31 | согласно нормативам, утвержденным Комитетом | постоянно |  |
| 4 | Организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми | 31 | не реже 2 раза в месяц  | постоянно |  |
| 5 | Отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции  | 10 мин | 2 | постоянно |  |
| 6 | Предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно выполнять их  | 31 | 2 раза в день | постоянно |  |
| 7 | Кормление  | 124  | ежедневно | постоянно |  |

II .Социально-медицинские

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №;п/п. | Наименование социально-медицинской услуги | Объем предоставления услуги в месяц | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и другие) | 31 | 3 раза в день | постоянно |  |
| 2 | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья | 31 |  | постоянно |  |
| 3 | Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателей социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья) | 4 | 1 раз в неделю | постоянно |  |
| 4 | Проведение оздоровительных мероприятий | 31 | 2 раза в день | постоянно |  |

III. Социально-психологические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №;п/п. | Наименование социально-психологической услуги | Объем предоставления услуги в месяц | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

IV. Социально-педагогические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №;п/п. | Наименование социально-педагогической услуги | Объем предоставления услуги в месяц | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

V.Социально-трудовые

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

VI.Социально – правовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №;п/п. | Наименование социально-бытовой услуги | Объем предоставления услуги в месяц | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 | Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг | 23 |  | постоянно |  |
| 2 | Оказание помощи в получении юридических услуг,  | 23 |  | постоянно |  |
| 3 | Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг. | 23 |  | постоянно |  |

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 в месяц | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Примечание:

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 строк о сроке предоставления социальной услуги указывается дата начала ее предоставления и дата окончания.

3. При заполнении строк о выполнении социальной услуги поставщиком социальных услуг указывается: «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины).

11.Условия предоставления социальных услуг (при наличии)1:*В соответствии с постановлением Правительства Ленинградской области «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг Поставщиками социальных услуг в Ленинградской области».* (поставщиком социальных услуг 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 (телефоны, e-mail и.т.п.) |
| Ленинградское областное государственное стационарное казенное учреждение социального обслуживания «Сланцевский дом-интернат для ветеранов войны и труда» | 188560, Ленинградская область, г.Сланцы, Комсомольское шоссе, д.176 | 8 (813) 74- 64-440 |

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг | Причины отказа | Датаотказа | Подписьполучателясоциальныхуслуг |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель социального сопровождения2 | Отметка о выполнении3 |
| *Содействие в предоставлении медицинской помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)* |  |  |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись получателя социальных услуг (расшифровка подписи)

 или его законного представителя)

Лицо, уполномоченное на

Подписание индивидуальной программы

Предоставления социальных услуг

уполномоченного органа

 субъекта Российской Федерации

\_\_ заместитель председателя комитета\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.И. Максимов

 (должность лица, подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

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

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

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

 Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись

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

3Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины)

4 Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись