|  |
| --- |
| **Алгоритм оформления в Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Псковской области «Торошинский психоневрологический интернат»**  |

Написать  **заявление о предоставлении социальных услуг**  **в  ГКУСО «Центр социального обслуживания населения»** Вашего региона (форма заявления в Приложении 1). Это заявление подается в письменной или электронной форме **лично гражданином**, желающим получать социальные услуги в нашем Учреждении. Если гражданин, желающий получать социальные услуги в наше Учреждении является недееспособным, то есть лишен дееспособности Решением суда, заявление от его имени подает его **законный представитель/опекун**.

1. **Вместе с заявлением** в ГКУСО «Центр социального обслуживания» предоставляется **следующий пакет документов**:

- документ, удостоверяющий личность гражданина и его законного представителя (если гражданин недееспособный) – ПАСПОРТ;

- документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

- если в паспорте нет отметки о прописке, необходимо предоставить документ, подтверждающий факт проживания на территории Псковской области (регистрация по месту пребывания, копию Решения суда об установлении факта проживания на территории области, выписку из лицевого счета, выписку из домовой (поквартирной), похозяйственной книги и др.);

- документ, подтверждающий состав семьи (свидетельство о рождении, свидетельство заключении брака, свидетельство о рождении ребенка, справка о составе семьи и т.д.);

- справка о размере пенсии и ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ) гражданина, желающего получать социальные услуги в нашем Учреждении. Данная справка выдается органом, осуществляющим пенсионное обеспечение по месту жительства гражданина (Управление (отдел) Пенсионного фонда РФ в Вашем районе);

- медицинскую карту получателя социальных услуг с заключением врачей (форму см. Приложение 2);

- справку об инвалидности, выданную учреждением медико-социальной экспертизы (МСЭ) с указанием группы инвалидности и срока инвалидности;

- индивидуальную программу реабилитации инвалида;

- ДЛЯ ЛИЦ, ПРИЗНАННЫХ СУДОМ **НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ,** обязательно иметь Копию **РЕШЕНИЯ СУДА** О ПРИЗНАНИИ ГРАЖДАНИНА НЕДЕЕСПОСОБНЫМ, **ЗАВЕРЕННУЮ СУДОМ**!

- Заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у гражданина психического расстройства, лишающего его возможности находиться в иной стационарной организации социального обслуживания (то есть в заключении указано, что гражданину необходимо **пребывание в психоневрологическом интернате**). Кроме того, в данном заключении ДЛЯ ДЕЕСПОСОБНЫХ граждан должно быть указано наличие или отсутствие оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

     Заявление и пакет документов подается в ГКУСО «Центр социального обслуживания» любым удобным для Вас способом. При подаче документов Вам будет дана расписка в получении документов с описью принятых документов и датой принятия.

   На следующий рабочий день после подачи документов к Вам придут сотрудники ГКУСО «Центр социального обслуживания» с целью обследования Ваших условий жизнедеятельности. По результатам проведенного обследования составляется **АКТ обследования условий жизнедеятельности гражданина** (далее – АКТ).

  После составления АКТа в течение **ТРЕХ рабочих дней** выносится решение о том: НУЖДАЕТСЯ или НЕ НУЖДАЕТСЯ обратившийся гражданин в предоставлении социальных услуг.

Если гражданина признан НУЖДАЮЩИМСЯ в предоставлении социальных услуг, ему направляется УВЕДОМЛЕНИЕ о принятом решении с УКАЗАНИЕМ ДАТЫ и МЕСТА СОСТАВЛЕНИЯ **ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ.** **Данная программа составляется не позднее 5 рабочих дней после признания гражданина нуждающимся в социальных услугах. (**форма – Приложение 3**).**

Если гражданина признали  НЕ НУЖДАЮЩИМСЯ в получении социальных услуг в Уведомлении указываются причины отказа и возвращается ВЕСЬ пакет предоставленных документов.

Вся процедура рассмотрения заявления, пакета документов и составления индивидуальной программы социальных услуг НЕ ПРЕВЫШАЕТ 10 рабочих дней!

Когда Вы получите на руки ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ и пакет документов, можно выбирать поставщика социальных услуг. **Список рекомендуемых поставщиков социальных услуг прописан в пункте 12 Индивидуальной программы предоставления социальных услуг.**

    Вы обращаетесь к одному из рекомендованных поставщиков социальных услуг с целью получения социальных услуг в стационарной форме.

ПРИ НАЛИЧИИ СВОБОДНЫХ МЕСТ с Вами заключается Договор о предоставлении социальных услуг.

ПРИ ОТСУТСТВИИ СВОБОДНЫХ МЕСТ Вы пишите заявление о постановке Вас на предварительную очередь.

НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЕ С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СТАЦИОНАРНОЙ ФОРМЕ ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ ВЕСЬ ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ, КОТОРЫЙ ВАМ ВЕРНУЛ ГКУСО «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ» ВМЕСТЕ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, А ТАКЖЕ ДОКУМЕНТЫ, ДАЮЩИЕ ПРАВО НА ЛЬГОТЫ (ЕСЛИ ТАКОВЫЕ ИМЕЮТСЯ)!

При постановке Вас на очередь Вам будет выдано /выслано Уведомление о том, что Вас поставили на предварительную очередь в Учреждении. Как только подойдет Ваша очередь, Вам будет выслано уведомление – приглашение, после чего Вы можете прибыть в Учреждение и заключить Договор о предоставлении социальных услуг.  ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ: ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НЕДЕЕСПОСОБНЫМ ГРАЖДАНАМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ С ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ (ОПЕКУНОМ) НЕДЕЕСПОСОБНОГО ГРАЖДАНИНА!!!

ЕЩЕ РАЗ ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ!!! ПРИ ОБРАЩЕНИИ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ ВЕСЬ ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ ВЫ БУДЕТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ В ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ОЧЕРЕДИ. НАЛИЧИЕ ПАКЕТА ДОКУМЕНТОВ ДАЕТ ВАМ ГАРАНТИЮ ТОГО, ЧТО БУДЕТ ПРОИЗВЕДЕНА ПРОВЕРКА ДОКУМЕНТОВ, ПРАВИЛЬНОСТЬ ИХ ЗАПОЛНЕНИЯ; ОЦЕНЕНА ПОЛНОТА ПРЕДОСТАВЛЕННОГО ПАКЕТА ДОКУМЕНТОВ.

ЕЩЕ ОДНИМ ВАЖНЫМ МОМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ СВИДЕТЕЛЬСТВ О ПРАВЕ СОБСТВЕННОСТИ (ОРИГИНАЛЫ!!!), ЕСЛИ У ГРАЖДАНИНА, КОТОРЫЙ ОБРАЩАЕТСЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЕСТЬ СОБСТВЕННОСТЬ В ЛЮБОЙ ЕЕ ФОРМЕ.

Справки по телефону – 8 (8112) 67-92-29.

Приложение №1

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

(наименование органа (поставщика социальных услуг),

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

в который предоставляется заявление)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения гражданина /          СНИЛС гражданина

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

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

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)

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

на территории Российской Федерации)

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

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

от [1](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя,

наименование государственного органа,

органа местного самоуправления,

общественного объединения,

представляющих интересы гражданина,

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

реквизиты документа, подтверждающего полномочия

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

представителя, реквизиты документа, подтверждающего

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

личность представителя, адрес места жительства,

адрес нахождения государственного органа,

органа местного самоуправления,

общественного объединения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме социального обслуживания оказываемые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается форма социального обслуживания)

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

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждаюсь в социальных услугах:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                         (указываются желаемые социальные услуги

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

и периодичность их представления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам [2](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn2):

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

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг [3](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn3):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в регистр получателей социальных услуг:

                                                                                     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                   (согласен/не согласен)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | ( |   | ) | “ |   | ” |   | г. |
| (подпись) |   | (Ф.И.О.) |   | (дата заполнения заявления) |

Приложение №2

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**получателя социальных услуг**

Наименование лечебной организации, выдавшей карту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                         (передвигается самостоятельно, находится на постельном режиме, др.)

Заключение врачей-специалистов (с указанием основного и сопутствующего диагнозов, сведений о перенесенных заболеваниях, наличия или отсутствия показаний к стационарному лечению):

Терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фтизиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хирург\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дерматовенеролог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окулист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоматолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее заключение о рекомендуемом типе стационарной организации социального обслуживания (ненужное зачеркнуть):

1) Рекомендовано определение в неспециализированное стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в доме-интернате общего типа нет

2) Рекомендовано определение в специализированную стационарную организацию социального обслуживания, противопоказаний для пребывания в психоневрологическом интернате нет

Главный врач

медицинской организации

выдавшей медицинскую карту                    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20   г.

                                                                                                          М.П.

Приложение №4

**Комитет**

**по социальной защите Псковской области**

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

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

(дата составления)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Пол |   | 3. Дата рождения |   |
| 4. Адрес проживания: |   |
| почтовый индекс |   | город (район) |   |
| село |   | улица |   | дом № |   |
| корпус |   | квартира |   | телефон |   |
| 5. Адрес места работы: |   |
| почтовый индекс |   | город (район) |   |
| село |   | улица |   | дом № |   |
| корпус |   | квартира |   | 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 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

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 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 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

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.

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

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

8. Условия предоставления социальных услуг[[1]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn4):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

9. 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.) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

10. 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 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

11. Мероприятия по социальному сопровождению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель социального сопровождения[[2]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn5) | Отметка о выполнении[[3]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn6) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

С содержанием Индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

            (подпись получателя социальных услуг или его законного представителя[[4]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftn7), расшифровка подписи)

Уполномоченный орган

исполнительной власти области

в сфере социального обслуживания

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

(подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных

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

услуг, расшифровка подписи)

[1](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref1) ) Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.

[2](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref2) ) В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации”.

[3](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref3) ) Статьи 31 и 32 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации”.

[[1]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref4)  ) Указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания. Условия предоставления социальных услуг указываются поставщиком социальных услуг.

[[2]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref5)   ) Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

[[3]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref6)  ) Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины).

[[4]](http://krasnogorodsk-pni.ru/algoritm-oformlenija-v-uchrezhdenie/#_ftnref7)   ) Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись

© 2018 Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Торошинский психоневрологический интернат»