

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

16.04.2015

№ 14

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): БЕЗФАМИЛЬНАЯ ГАЛИНА ПАВЛОВНА
2. Пол: женский
3. Дата рождения: 00.00.0000
4. Адрес места жительства: СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ., Г. ПЕРВОУРАЛЬСК, УЛ. ПУШКИНА 00-00
телефон: 8(343)000-0000
5. Адрес места работы: не указано
6. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа

паспорт: 0000 000000, выдан: ПЕРВОУРАЛЬСКИМ УВД СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛ, дата: 00.00.0000
7. Адрес электронной почты (при наличии) _____
8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: 31.12.2015
9. Форма социального обслуживания: ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ДОМУ
10. Виды социальных услуг:

Социально-бытовые

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	покупка и доставка на дом продуктов питания в районе проживания клиента	52 единиц/раз	8 - количество раз в месяц	в течение года	
	покупка в районе проживания клиента и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости,	26 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов				
	помощь в приготовлении пищи	52 единиц/раз	8 - количество раз в месяц	в течение года	
	оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг и услуг связи	13 единиц/раз	2 - количество раз в месяц	в течение года	
	содействие в организации предоставления услуг предприятиями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими предприятиями, оказывающими услуги населению	13 единиц/раз	2 - количество раз в месяц	в течение года	
	очистка или протирка от пыли (без мытья) наружных поверхностей корпусной мебели, бытовой техники, подоконников	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	очистка от пыли ковров или ковровых дорожек, портьер, мягкой мебели пылесосом	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	вынос мусора в мусорный контейнер	52 единиц/раз	8 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё газовой (электрической) плиты	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё полов или стен туалетной, ванной комнаты	13 единиц/раз	2 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё посуды.	52 единиц/раз	8 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё ванны	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	мытьё дверей	12 единиц/раз	2 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё окон, в том числе с балконной дверью, за исключением элементов остекления балконов и лоджий	2 единиц/раз	2 - количество раз в год	в течение года	
	мытьё полов	26 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё раковин	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё унитазов	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	мытьё холодильника внутри и снаружи (без передвижения холодильника)	2 единиц/раз	2 - количество раз в год	в течение года	
	смена нательного белья	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	смена постельного белья	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	
	сдача за счет средств получателя социальных услуг вещей в стирку, химчистку, ремонт, обратная их доставка	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	

Социально-медицинские

№ п/п	Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	сопровождение клиента в организации, осуществляющие проведение реабилитационных мероприятий медицинского и социального характера	12 единиц/раз	2 - количество раз в месяц	в течение года	
	осуществление посреднических действий между клиентом и организациями,	6 единиц/раз	1 - количество раз в месяц	в течение года	

№ п/п	Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	осуществляющими проведение реабилитационных мероприятий медицинского и социального характера				
	содействие в обеспечении по рецептам врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения	24 единиц/раз	4 - количество раз в месяц	в течение года	

Социально-психологические

№ п/п	Наименование социально-психологической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	оказание индивидуальной психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонаса клиентов	6 единиц/раз	1 - количество раз в месяц	в течение года	

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м2 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 услуг:

Поставщик социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом форм социального обслуживания соблюдает условия предоставления социальных услуг в соответствии с приказом Министерства социальной политики Свердловской области от 31.12.2014 №790 «Об утверждении стандартов социальных услуг»

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

Наименование поставщика социальных услуг	Адрес места нахождения поставщика социальных услуг	Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, адрес электронной почты и т.п.)
ГАУ "КЦСОН "Осень"	623101, Первоуральск г, ул. Герцена, д.№ 12, корп. Б	64-79-33

13. 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
не указано			

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

Вид социального сопровождения	Получатель	Отметка о выполнении
не указано		

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен:

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

Начальник управления социальной политики

(подпись)
(расшифровка подписи)

М.П.

Получатель – родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей.
Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины).
Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

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 обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Рекомендации: _____.

(начальник управления социальной политики)
(расшифровка подписи)

М.П.

" ____ " _____ 20__ г.