В УСЗН Администрации Большесельского МР Ярославской области

**от ИВАНОВОЙ ЕЛЕНЫ ИВАНОВНЫ**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 **01.01.1935 г.р. № 080-572-046-50,**

(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)

**Паспорт РФ серия 78 00 № 174522 Большесельским РОВД Ярославской области от 20.01.2001г.**

 (реквизиты документа, удостоверяющего личность

личность)

**Гражданин РФ, 152360,ЯО, с. Большое село, ул. Сурикова д. 5, кв. 1**

(гражданство, сведения о месте проживания

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

(пребывания) на территории Российской

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Федерации)

**\_\_\_№ 8961900000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(контактный телефон, адрес электронной почты

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(при наличии))

от<1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

представителя гражданина<2>)

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

(реквизиты документа, подтверждающего

полномочия представителя гражданина)

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

(реквизиты документа, подтверждающего

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

личность представителя гражданина,

адрес места жительства,

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

адрес нахождения государственного органа,

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

органа местного самоуправления,

общественного объединения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах) социального обслуживания **НА ДОМУ (СТАЦИОНАРНОЕ) ,** оказываемые

 (указывается форма (формы) социального обслуживания)

**МУ КЦСОН В БОЛЬШЕСЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ**.

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

Нуждаюсь в социальных услугах: **СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ\_УСЛУГ\_\_\_**

 (указываются желаемые социальные

**(СОЦ.-МЕДИЦИНСКИХ, СОЦ.-ПСИХИЛОГИЧЕСКИХ, СОЦ.- ПЕДАГОГИЧЕСКИХ, СОЦ.-ТРУДОВЫХ, СОЦ.-ПРАВОВЫХ УСЛУГ)**

 услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам3: **ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ, ЧАСТИЧНАЯ УТРАТА СПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ САМООБСЛУЖИВАНИЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (указываются обстоятельства,

которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: **Проживаю одна в отдельном доме. В доме две комнаты, кухня, туалет (пристройка), ванна, отопление центральное (печное), вода из водопровода (приносная), газ баллонный**

 (указываются условия

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

проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг4: **\_\_\_\_\_\_ПЕНСИЯ\_-\_\_11200 руб., ЕДВ - 446 руб., ЕДК -250 руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»5  для включения в регистр получателей социальных услуг **\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 (согласен/не согласен)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( | **ИВАНОВА Е.И.** | **)** | **«** | **10** | **»** | **января 2018**  | **г.** |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата заполнения заявления) |

<1> Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления муниципального образования области, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.

<2> Указываются наименования государственного органа, органа местного самоуправления муниципального образования области, общественного объединения, представляющих интересы гражданина, реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства, адрес места нахождения государственного органа, органа местного самоуправления муниципального образования области, общественного объединения.

<3> В соответствии со статьей 15Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" и постановлением Правительства области от 08.10.2014 N 988-п "О перечне обстоятельств, которые ухудшают или

могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина, для признания его нуждающимся в социальном обслуживании".

<4> Статьи 31и 32Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

В Департамент труда и социальной поддержки населения Ярославской области

**от ИВАНОВОЙ ЕЛЕНЫ ИВАНОВНЫ**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 **01.01.1935 г.р. № 080-572-046-50,**

(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)

**Паспорт РФ серия 78 00 № 174522 Большесельским РОВД Ярославской области от 20.01.2001г.**

 (реквизиты документа, удостоверяющего личность

личность)

**Гражданин РФ, 152360, ЯО, с. Большое село, ул. Сурикова д. 5, кв. 1**

(гражданство, сведения о месте проживания

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

(пребывания) на территории Российской

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Федерации)

**\_\_\_№ 8961900000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(контактный телефон, адрес электронной почты

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(при наличии))

от<1>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

представителя гражданина<2>)

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

(реквизиты документа, подтверждающего

полномочия представителя гражданина)

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

(реквизиты документа, подтверждающего

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

личность представителя гражданина,

адрес места жительства,

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

адрес нахождения государственного органа,

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

органа местного самоуправления,

общественного объединения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении социальных услуг**

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме (формах) социального обслуживания **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СТАЦИОНАРНАЯ \_\_\_\_\_,** оказываемые

 (указывается форма (формы) социального обслуживания)

**В ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**.

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

Нуждаюсь в социальных услугах: **ВСЕ УСЛУГИ ОКАЗЫВАЕМЫЕ В ДОМЕ - ИНТЕРНАТЕ (СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ, СОЦ.-МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦ.-ПСИХИЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

 В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам3: **ПОЛНАЯ УТРАТА СПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ САМООБСЛУЖИВАНИЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (указываются обстоятельства,

которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: **ПРОЖИВАЮ В ОТДЕЛЬНОМ ДОМЕ. В ДОМЕ ДВЕ КОМНАТЫ, КУХНЯ, ТУАЛЕТ-ПРИСТРОЙКА, ОТОПЛЕНИЕ ПЕЧНОЕ, ВОДА ПРИНОСНАЯ. Я ОДИНОКОПРОЖИВАЮЩАЯ ПЕНСИОНЕРКА.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей) социальных услуг4:

**ПЕНСИЯ\_-11200 руб., ЕДВ «Ветеран труда» - 446 руб., ЕДК «Ветеран труда»-250 руб.**

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»5  для включения в регистр получателей социальных услуг **\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 (согласен/не согласен)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( | **ИВАНОВА Е.И.** | **)** | **«** | **10** | **»** | **января 2018**  | **г.** |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата заполнения заявления) |

<1> Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления муниципального образования области, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.

<2> Указываются наименования государственного органа, органа местного самоуправления муниципального образования области, общественного объединения, представляющих интересы гражданина, реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, адрес места жительства, адрес места нахождения государственного органа, органа местного самоуправления муниципального образования области, общественного объединения.

<3> В соответствии со статьей 15Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" и постановлением Правительства области от 08.10.2014 N 988-п "О перечне обстоятельств, которые ухудшают или

могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина, для признания его нуждающимся в социальном обслуживании".

<4> Статьи 31и 32Федерального закона от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2010, N 31, ст. 4196; 2011, N 31, ст. 4701; 2013, N 30, ст. 4038.

**РЕШЕНИЕ**

**о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании**

**(об отказе в социальном обслуживании)**

**№ 1**

Управлением социальной защиты населения Администрации Большесельского муниципального района ЯО

рассмотрено заявление о предоставлении социальных услуг с приложенными документами **ИВАНОВОЙ ЕЛЕНЫ ИВАНОВНЫ**  от 10.01.2018 г.

По результатам рассмотрения заявления и документов принято решение

Признать:

 **ИВАНОВУ ЕЛЕНУ ИВАНОВНУ** нуждающейся в социальном обслуживании и предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на дому \_\_(стационарная)\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указывается форма социального обслуживания)

отказать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

в социальном обслуживании и предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается форма социального обслуживания)

Причина отказа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется в случае принятия решения

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

об отказе в социальном обслуживании)

Решение может быть обжаловано Вами в досудебном и судебном порядке.

Начальник УСЗН Администрации

Большесельского муниципального района ЯО Л.И.Лёшкина

Подписано в двух экземплярах, один отдаётся заявителю, второй с подписью заявителя хранится в УСЗН

Второй экземпляр получила лично \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдано вместе с индивидуальной программой № БОЛ 2018-1/Д (БОЛ 2018 -1/С) от 14.01.2018 г.

Управление социальной защиты населения Администрации Большесельского муниципального района ЯО

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **14.01.2018 год** |  | № | БОЛ 2018-1/Д |
| (дата составления) |  |  |  |

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии**) ИВАНОВА ЕЛЕНА ИВАНОВНА**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Пол | **ЖЕНСКИЙ** | 3. Дата рождения | **01.01.1935 г.** |

4. Адрес места жительства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| почтовый индекс | **152360** | город (район) | **Большесельский** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| село | **Большое Село** | улица | **Сурикова** | дом № | **5** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| корпус |  | квартира | **1** | 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 **паспорт 7800 174522 выдан Большесельским РОВД Ярославской области 20.01.2001 г.**

7. Адрес электронной почты (при наличии) .

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до**: 14.01.2021 г.**

9. Форма социального обслуживания: социальное обслуживание на дому **(отделение социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов)**

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, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения по рецептам врачей | до 7 кг (1 заказ)  | до 3 раз в неделю  |  на периоддействиядоговора  |  |
|  2 | Помощь в приготовлении пищи в случае болезни или плохого самочувствия получателя социальных услуг |   60- 90 минут |  до 3 раз в неделю |  на периоддействиядоговора |  |
|  3 | Кормление в случае болезни или плохого самочувствия получателя социальных услуг |   30 минут | до 3 раз в неделю  | на периоддействиядоговора |  |
|  4 |  Оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг и услуг связи |  30- 60 минут |  до 3 раз в месяц | на периоддействиядоговора |  |
|  5 |  Сдача за счет средств получателя социальных услуг вещей в стирку, химчистку, ремонт, обратная их доставка |  30 - 60 минут (на 1 доставку) |  по мере необходимости | на периоддействиядоговора |  |
|  6 |  Покупка за счет средств получателя социальных услуг топлива, топка печей, обеспечение водой (в жилых помещениях без центрального отопления и (или) водоснабжения) |   по факту | до 3 раз в неделю  | на периоддействиядоговора |  |
|  7 |  Организация помощи в проведении ремонта и уборки жилых помещений |  по факту | Помощь в проведении ремонта по мере необходимости, влажная уборка – 1 раз в неделю, сухая уборка-2 раза в неделю, вынос мусора (жидких отходов)-до 3 раз в неделю | на периоддействиядоговора |  |
| 8 |  Отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции |  30- 60 минут | по меренеобходимости, но не более 2 раз в неделю | на периоддействиядоговора |  |

 **II. Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-медицин­ской услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполне­нии |
|  1 | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья, в том числе вызов врача | в соответствии с пунктом 2.1.3 Стандартов | не реже 3 раз в неделю | на периоддействиядоговора |  |

**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 |
|  1 |  Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг, а также оказанию помощи в получении юридических услуг | в соответствиис пунктом 6 Стандартов | по меренеобходимости  | на периоддействиядоговора |  |

**VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала**

**получателей социальных услуг, имеющих ограничения**

**жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименованиеуслуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполне­нии |
| 1 |  Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации |  |  |  |  |
|  2 |  Обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах |  |  |  |  |

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м2, шт., место, комплект) 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” (с указанием причины).

11. Условия предоставления социальных услуг:

При предоставлении социальных услуг на дому поставщик социальных услуг должен обеспечить условия доступности предоставления социальных услуг для получателей социальных услуг - инвалидов и других лиц с учетом ограничений их жизнедеятельности, в частности обеспечить:

- возможность сопровождения получателя социальных услуг при передвижении по территории организации социального обслуживания;

- возможность для самостоятельного передвижения по территории организации социального обслуживания, входа, выхода и перемещения внутри такой организации (в том числе для передвижения в креслах-колясках), для отдыха в сидячем положении, а также доступное размещение оборудования и носителей информации;

- дублирование текстовых сообщений голосовыми сообщениями, оснащение организации социального обслуживания знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, ознакомление с их помощью с надписями, знаками и иной текстовой и графической информацией на территории такой организации, а также допуск тифлосурдопереводчика, допуск собак-проводников;

- дублирование голосовой информации текстовой информацией, надписями и (или) световыми сигналами, информирование о предоставляемых социальных услугах с использованием русского жестового языка (сурдоперевода), допуск сурдопереводчика;

- оказание иных видов посторонней помощи.

При предоставлении социальных услуг на дому поставщик социальных услуг должен обеспечивать:

- использование оборудования, приборов и аппаратуры строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию;

- необходимое для предоставления социальных услуг число специалистов, имеющих соответствующее образование, квалификацию, профессиональную подготовку, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей; постоянное повышение их квалификации, в том числе на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами.

**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.) |
| Муниципальное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения» Большесельского муниципального района | 152360, с. Большое Село, ул.Сурикова, д.12 | 8 (48542) 2-16-07 8 (48542) 2-13-55 8 (48542) 2-22-25 kcson2008@mail.ru |

**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 |
|  |  |  |  |

**14. Мероприятия по социальному сопровождению:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель [[1]](#endnote-2)1 | Отметка о выполнении [[2]](#endnote-3)2 |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ИВАНОВА Е.И. |
| (подпись получателя социальных услуг илиего законного представителя [[3]](#endnote-4)3) |  | (расшифровка подписи) |

Начальник УСЗН Администрации Большесельского МР ЯО

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | НАЧАЛЬНИК |
| М.П. (должность лица, подпись) |  | (расшифровка подписи) |

1. 1 Получатель – родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей. [↑](#endnote-ref-2)
2. 2 Организация, оказывающая социальное сопровождение, ставит отметку: “выполнено”, “выполнено частично”, “не выполнено” (с указанием причины). [↑](#endnote-ref-3)
3. 3 Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

Управление социальной защиты населения Администрации Большесельского муниципального района ЯО

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **14.01.2018** |  | № | 1 |
| (дата составления) |  |  |  |

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии**) Иванова Елена Ивановна**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Пол | **женский** | 3. Дата рождения | **01.01.1935** |

4. Адрес места жительства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| почтовый индекс | **152360** | город (район) | Большесельский |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| село |  **Большое Село** | улица | **Сурикова** | дом № | **5** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| корпус |  | квартира | **1** | 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 **паспорт 7800 174522 выдан Большесельским РОВД Ярославской области от 20.01.2001 г.**

7. Адрес электронной почты (при наличии) .

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до**: 14.01.2021 г.**

9. Форма социального обслуживания: стационарная (отделение временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов)

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 | Предоставление площади жилых помещений, помещений для организации реабилитационных мероприятий, трудотерапии и культурно-досуговой деятельности и иных помещений, используемых для предоставления социальных услуг, согласно нормативам, утвержденным Правительством Ярославской области | не менее 5 кв. м на 1 чел.  | ежедневно | на период действия договора  |  |
|  2 | Обеспечение питания согласно нормативам, утвержденным Правительством Ярославской области |  3 – 4-разовое питание в день | ежедневно | на период действия договора  |  |
|  3 | Обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) и другими предметами вещевого довольствия согласно нормативам, утвержденным Правительством Ярославской области | в соответствии с пунктом 1.1.3 Стандартов предоставления социальных услуг (далее – Стандартов) | ежедневно | на период действия договора  |  |
|  4 |  Уборка жилых помещений, помещений для организации реабилитационных мероприятий, трудотерапии и культурно-досуговой деятельности и иных помещений, используемых для предоставления социальных услуг | в соответствии с пунктом 1.1.4 Стандартов  | ежедневно | на период действия договора  |  |
|  5 |  Организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми | в соответствии с пунктом 1.1.5 Стандартов | ежедневно | на период действия договора  |  |
|  6 |  Предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья к самостоятельному уходу | в соответствии с пунктом 1.1.6 Стандартов | ежедневно | на период действия договора  |  |

**II. Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-медицин­ской услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполне­нии |
|  | Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и др.) | в соответствии с пунктом 2.1.1 Стандартов(с учетом назначений врача, медицинской сестры) | ежедневноили по назначению врача, медицинской сестры | на периоддействиядоговора |  |
|  | Проведение оздоровительных мероприятий | в соответствии с пунктом 2.1.2 Стандартов (с учетом назначений врача, медицинской сестры) | ежедневноили по назначению врача, медицинской сестры | на периоддействиядоговора |  |
|  | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья, в том числе вызов врача | в соответствии с пунктом 2.1.3 Стандартов | не реже 2 раз в день: утром и вечером | на периоддействиядоговора |  |
|  | Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, проведение оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья) | в соответствии с пунктом 2.1.4 Стандартов | ежедневноили по запросу получателя социальных услуг | на периоддействиядоговора |  |
|  | Проведение первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки | до двух часов | 1 раз  | при первичном получении социальных услуг |    |

**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 |
| 1. | Обучение родственников тяжелобольных получателей социальной услуги практическим навыкам общего ухода за ними | в соответствиис пунктом 4.1 Стандартов |  по мере необходимости  | устанавливается индивидуально |  |

**V. Социально-трудовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-трудовой услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполне­нии |
| 1. | Организация помощи в получении образования и (или) профессии инвалидами (детьми-инвалидами) в соответствии с их способностями |  |  |  |   |
| 2 | Проведение мероприятий по использованию остаточных трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам, а также по оказанию помощи в трудоустройстве |  |  |  |  |

**VI. 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, а также оказанию помощи в получении юридических услуг | в соответствиис пунктом 6 Стандартов |  по мере необходимости  | на периоддействиядоговора |   |

**VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименованиеуслуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполне­нии |
| 1. | Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации | в соответствиис пунктом 7.1 Стандартов |  по мере необходимости  | устанавливается индивидуально |     |

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м2, шт., место, комплект) 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” (с указанием причины).

11. Условия предоставления социальных услуг:

При предоставлении социальных услуг в стационарной форме поставщик социальных услуг должен обеспечить условия доступности предоставления социальных услуг для получателей социальных услуг – инвалидов и других лиц с учетом ограничений их жизнедеятельности, в частности обеспечить:

- возможность сопровождения получателя социальных услуг при передвижении по территории организации социального обслуживания, а также при пользовании социальными услугами;

- возможность для самостоятельного передвижения по территории организации социального обслуживания, входа, выхода и перемещения внутри такой организации (в том числе для передвижения в креслах-колясках), для отдыха в сидячем положении, а также доступное размещение оборудования и носителей информации;

- дублирование текстовых сообщений голосовыми сообщениями, оснащение организации социального обслуживания знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, ознакомление с их помощью с надписями, знаками и иной текстовой и графической информацией на территории такой организации, а также допуск тифлосурдопереводчика, допуск собак-проводников;

- дублирование голосовой информации текстовой информацией, надписями и (или) световыми сигналами, информирование о предоставляемых социальных услугах с использованием русского жестового языка (сурдоперевода), допуск сурдопереводчика;

- оказание иных видов посторонней помощи.

При предоставлении социальных услуг в стационарной форме поставщик социальных услуг должен обеспечивать:

- безопасность жизни и здоровья получателей социальных услуг, соблюдение всех установленных нормативов и правил санитарной и пожарной безопасности, государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;

- принятие всех необходимых мер по профилактике травматизма и предупреждению несчастных случаев;

- исполнение стандартов социальных услуг;

- оснащение помещений специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами в соответствии с требованиями действующих стандартов, технических условий, других нормативных документов;

- использованиеоборудования, приборов и аппаратуры строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию.

Поставщик социальных услуг должен обеспечивать необходимое для предоставления социальных услуг число специалистов, имеющих соответствующее образование, квалификацию, профессиональную подготовку, обладающих знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на них обязанностей; постоянное повышение их квалификации, в том числе на курсах переподготовки и повышения квалификации или иными способами.

**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.) |
| Муниципальное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания» Большесельского района | 152374, Ярославская область, Большесельский район, д. Высоково, ул. Им. А.В. Романова, д.25 (отделение временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов) | тел. 8(4852) 2-16-07kcson2008@mail.ru |

**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 |
| *см. Инструкцию по заполнению ИП* |  |  |  |

**14. Мероприятия по социальному сопровождению:**

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

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Иванова Е.И. |
| (подпись получателя социальных услуг илиего законного представителя 3) |  | (расшифровка подписи) |
| Начальник УСЗН Администрации Большесельского муниципального района ЯО |  |  |
| (должность лица, подпись)  |  | (расшифровка подписи) |

М.П. [↑](#endnote-ref-4)