# Муниципальное казенное учреждение социального обслуживания

# СОЦИАЛЬНО – РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

456900, Челябинская область, Саткинский район, г. Бакал, ул. 50 лет ВЛКСМ д. 8,

Тел/факс: 8 (35161) 6-09-07 E-mail: csrn-bakal@mail.ru

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

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

 (дата составления)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

4. Адрес местожительства:

почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

село\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

6. Контактный е-mail (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7.Фамилия, имя, отчество законного представителя (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

8.Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Адрес местожительства:

почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

село\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Адрес места работы:

почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

13. Контактный е-mail (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

14. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

15. Форма социального обслуживания полустационар.

 1. Социально-правовые услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-правовойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | В соответствии с планом учреждения |  |  |
| 2. | Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг в соответствии с действующим законодательством | По мере необходимости |  |  |
| 3.  | Оказание услуг по защите прав и законных интересов получателей социальных услуг | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | В соответствии с планом учреждения |  |  |

2. Социально-трудовые услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-правовойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Организация помощи в получении образования и (или) квалификации инвалида | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | По мере необходимости |  |  |

3. Социально-медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-медицинскойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Выполнение процедур связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | По мере необходимости |  |  |
| 2. | Содействие в оказании бесплатной медицинской помощи | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | По мере необходимости |  |  |
| 3. | Лекарственное обеспечение | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | По мере необходимости |  |  |
| 4.  | Содействие в проведении медико-социальной экспертизы | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | по мере необходимости |  |  |
| 5 | Организация прохождения диспансеризации | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | 1 раз в год |  |  |
| 6 | Оказание медицинской помощи в соответствии с имеющимися лицензиями на осуществление медицинской помощи | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | по мере необходимости |  |  |
| 7 | Содействие в госпитализации в лечебно-профилактические учреждения | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | по мере необходимости |  |  |
| 8 | Консультирование по социально-медицинским вопросам, проведение санитарно-просветительской работы | Беседы, лекции, индивидуальные и групповые занятия | не реже 2-х раз в месяц |  |  |

4. Социально-психологические услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-психологическойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений (включая диагностику) | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | При первичном обращении, далее в соответствии с программой реабилитации |  |  |
| 2. | Психологическая помощь и поддержка, в том числе экстренная  | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | в соответствии с программой реабилитации |  |  |
| 3. | Социально-психологический патронаж | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | в соответствии с программой реабилитации |  |  |

5. Социально-педагогические услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-педагогическойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование; | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | При первичном обращении, далее в соответствии с программой реабилитации |  |  |
| 2. | Создание условий для получения начального общего, основного общего образования | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | в соответствии с программой реабилитации |  |  |
| 3. | Организация воспитания детей | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | в соответствии с программой реабилитации |  |  |
| 4. | Социально-педагогический патронаж | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | в соответствии с программой реабилитации |  |  |
| 5. | Организация досуга и отдыха | Свободный доступ к предметам досуга | В соответствии с правилами внутреннего распорядка |  |  |
| 6. | Помощь в написании писем | По мере необходимости | По мере необходимости |  |  |

6. Социально-бытовые услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-бытовойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Обеспечение питанием согласно утвержденными нормативами | Пятикратный прием пищи | В период нахождения в учреждении |  |  |
| 2. | Предоставление в пользование мебели | Школьная и детская мебель: кровать, тумбочка, шкаф, письменный стол, стул, телевизор | В период нахождения в учреждении |  |  |
| 3. | Обеспечение мягким инвентарем согласно утвержденным нормативам | Постельные принадлежности, одежда, обувь, нательное белье | По мере необходимости |  |  |
| 4. | Обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических требований к жилым помещением  | Не менее 3-х м2 | Ежедневно |  |  |
| 5. | Предоставление гигиенических услуг, в том числе лицам временно не способным по состоянию здоровья… | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг (имеется душевая кабинка) | По мере необходимости, 1 раз в неделю баня |  |  |
| 6. | Парикмахерские услуги | Объем соответствует потребности получателя социальных услуг | 1 раз в месяц |  |  |
| 7. | Предоставление услуг прачечной | Чистое белье выдается в просушенном и проглаженном виде | Смена белья не реже 1 раза в неделю |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиесоциально-бытовойуслуги | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка овыполнении |
| 1. | Проведение социально- реабилитационных работ мероприятий в сфере социального обслуживания: | Формирование навыков личной гигиены, обучение в трудовых кружках | В соответствии с содержанием программ трудового обучения |  |  |

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 |
| Адаптация |  |  |  |
| Психологические услуги |  |  |  |
| Педагогические услуги |  |  |  |
| Социально-бытовые |  |  |  |
| Медицинские услуги |  |  |  |
| Правовые услуги |  |  |  |

мероприятия по социальному сопровождению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид социального сопровождения | Получатель социального сопровождения5 | Отметка о выполнении6 |
| Адаптация |  |  |
| Психологически услуги |  |  |
| Педагогические услуги |  |  |
| Социально-бытовые |  |  |
| Медицинские услуги |  |  |
| Правовые услуги |  |  |

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

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

Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа

Заместитель начальника УСЗН

администрации Саткинского

муниципального района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Щетинина Л.А.

(подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг, расшифровка подписи)

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

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

 7Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**О выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

программа 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Заместитель начальника УСЗН

администрации Саткинского

муниципального района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Щетинина Л.А.\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

 **АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ УСЛУГ**

**от “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**сдачи-приемки услуг**

**по договору от “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Мы, нижеподписавшиеся, Заказчик, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и Исполнитель, Муниципальное казенное учреждение социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» г. Бакал Челябинской области, в лице директора Поздеевой Татьяны Вячеславовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал, а Заказчик принял оказанные Исполнителем услуги:

* + 1. Социально-бытовые услуги
		2. Социально-медицинские услуги
		3. Социально-психологические услуги
		4. Социально-педагогические услуги
		5. Социально-трудовые услуги
		6. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг

В соответствии с ч.1 и 3 статьи 31 Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан» социальные услуги в стационарной форме предоставляются бесплатно.

Оказанные услуги по качеству и объемам соответствуют требования Заказчика.

Претензий Заказчик не имеет.

**Исполнитель: Заказчик:**

Муниципальное казенное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

социального обслуживания Фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика

«Социально-реабилитационный центр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для несовершеннолетних» г. Бакал Данные документа, удостоверяющие

полное наименование поставщика Социальных услуг личность Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

456900, г.Бакал, ул. 50 лет ВЛКСМ, 8 адрес заказчика

Адрес (местонахождения) поставщика  социальных услуг

ИНН/КПП 7417006030/741701001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1027401062622 Ф.И.О. законного представителя Заказчика

ОКПО 42501578 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты Данные документа, удостоверяющие личность законного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представителя заказчика

Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Поздеева Т.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность руководителя Адрес законного представителя Заказчика

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

 (Фамилия, инициалы) (личная подпись)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |