

Приложение № 2
к приказу Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации
от 10 ноября 2014 г. № 874н

Государственное автономное учреждение Амурской области
«Белогорский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

№ _____
(дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Пол _____ 3. Дата рождения _____
4. Адрес места жительства: _____
 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. Адрес электронной почты (при наличии) _____
8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____
9. Форма социального обслуживания **стационарное обслуживание**
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
	Питание		6 раз в день		
	Гигиенические процедуры				
	Оснащение необходимыми предметами одежды		По сезону		
	Оснащение санитарно-гигиеническими принадлежностями		По мере необходимости		

II. Социально-медицинские

№ п/п	Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Оказание первой медицинской помощи		По мере необходимости		
2	Контроль за исполнением назначений врача		По мере необходимости		
3	Сопровождение в медицинские учреждения		По мере необходимости		

III. Социально-психологические

№ п/п	Наименование социально-психологической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	Оказание психологической помощи и поддержки		ежедневно		
	Социализация и адаптация		ежедневно		
	Реабилитация воспитанников		ежедневно		

IV. Социально-педагогические

№ п/п	Наименование социально-педагогической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	Организация воспитательного процесса		ежедневно		
	Социально-педагогическая реабилитация и адаптация		ежедневно		
	Социализация воспитанников		ежедневно		

V. Социально-трудовые

№ п/п	Наименование социально-трудовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	Привитие социально-трудовых навыков		ежедневно		

VI. Социально-правовые

№ п/п	Наименование социально-правовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	Оказание социально-правовой помощи		По мере необходимости		

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
	Развитие творческих навыков		ежедневно		
	Развитие коммуникативных способностей		ежедневно		

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: _____ (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, адрес электронной почты и т.п.)
Воспитатель	Амурская область г. Белогорск ул. Низменная, д. 41	2-17-29,2-39-37
Психолог		
Дефектолог		
Социальный педагог		
Медицинские работники		
Музыкальный руководитель		

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	Отметка о выполнении

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
субъекта Российской Федерации

Директор

(должность лица, подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

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: _____.

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

(расшифровка подписи.)

“ 01 ” 01 20 __ г.

М.П.