

(наименование органа, уполномоченного на составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг)

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

N \_\_\_\_\_

(дата составления) \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_
2. Пол \_\_\_\_\_ 3. Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Адрес места жительства:  
 почтовый индекс \_\_\_\_\_ город (район) \_\_\_\_\_  
 село \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом N \_\_\_\_\_  
 корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_
7. Адрес электронной почты (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

N п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

II. Социально-медицинские

N п/п	Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

III. Социально-психологические

N п/п	Наименование социально- психологической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

IV. Социально-педагогические

N п/п	Наименование социально- педагогической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

V. Социально-трудовые

N п/п	Наименование социально-трудовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

VI. Социально-правовые

N 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

N	Наименование	Объем	Периодичность	Срок	Отметка о

п/п	услуги	предоставления услуги	предоставления услуги	предоставления услуги	выполнении

**Примечания:**

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м<sup>2</sup>, 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.)

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>	Отметка о выполнении <2>

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен \_\_\_\_\_  
 (подпись получателя социальных услуг или его законного представителя <3>      (расшифровка подписи))

Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа субъекта Российской Федерации  
 \_\_\_\_\_  
 (должность лица, подпись)      (расшифровка подписи)

М.П.

Заключение о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

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)

М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

-----  
<1> Получатель - родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей.

<2> Организация, оказывающая социальное сопровождение, ставит отметку: "выполнено", "выполнено частично", "не выполнено" (с указанием причины).

<3> Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.