
(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. Контактный e-mail (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

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1					
2					
3					

II. Социально-медицинские

№ 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

№ 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

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

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м², шт., место, комплект и т.п.) 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 услуг¹ :

(поставщиком 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, e-mail 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 социального сопровождения ²	Отметка о выполнении ³

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

(подпись получателя социальных услуг или его
законного представителя⁴)

(расшифровка подписи)

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

(должность лица, подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

¹ Получатель социальных услуг имеет право на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации.

² Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей.

³ Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: "выполнено", "выполнено частично", "не выполнено" (с указанием причины).

⁴ Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.

—

(дата составления)

№ _____

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)

" _____ " _____ 20 _____ г.

М.П.