|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

# **Заявление-соглашение инвалида (его законного представителя) либо обращение иного лица (органа, организации) о предоставлении комплексного сопровождения**

Директору ОГБУ «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Куйтунскому району»\_\_\_\_\_

(полное наименование)

ФИО руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

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

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление-соглашение (инвалида)

1. Предметом соглашения является организация социального сопровождения инвалида (семьи с инвалидом).

2. Прошу принять меня (мою семью) на комплексное сопровождение на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(постоянное, временное, указать срок)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО членов семьи, проживающих совместно | Родственные отношения | Дата рождения | Примечание (особые условия) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

С условиями, порядком предоставления социального сопровождения, перечнем социальных услуг, нормами и правилами социального сопровождения ознакомлен и согласен.

Договорные обязательства обязуюсь выполнять.

Достоверность и полноту указанных 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» согласен.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

дата заполнения подпись ФИО

Директору ОГБУ «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Куйтунскому району»

(полное наименование)

ФИО руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

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

(полномочия законного представителя)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

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

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление-соглашение (законного представителя)

1. Предметом соглашения является организация социального сопровождения инвалида (семьи с инвалидом).

2. Прошу принять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество инвалида)

(его семью) на комплексное сопровождение на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(постоянное, временное, указать срок)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО членов семьи, проживающих совместно | Родственные отношения | Дата рождения | Примечание (особые условия) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

С условиями, порядком предоставления социального сопровождения, перечнем социальных услуг, нормами и правилами социального сопровождения ознакомлен и согласен.

Договорные обязательства обязуюсь выполнять.

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе и получателе социального сопровождения в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

дата заполнения подпись ФИО

Директору ОГБУ «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Куйтунскому району»

(полное наименование)

ФИО руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

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

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обращение (иного лица, органа, организации)

1. Предметом обращения является организация социального сопровождения инвалида (семьи с инвалидом).

2. Прошу принять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество инвалида)

(его семью) на комплексное сопровождение на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(постоянное, временное, указать срок)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО членов семьи, проживающих совместно (заполняется, если есть данные) | Родственные отношения | Дата рождения | Примечание (особые условия) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

Достоверность и полноту указанных 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» согласен.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

дата заполнения подпись ФИО

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. |

**Предложение-соглашение**

**о предоставлении социального сопровождения и согласие инвалида с предложением в случае, если обращение поступило от иного лица (органа, организации)**

1. Предметом соглашения является организация социального сопровождения инвалида (семьи с инвалидом).

2. ОГБУ «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Куйтунскому району»

(полное наименование) в лице директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество руководителя УСЗСОН)

предлагает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество инвалида)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(его семье) предоставить комплексное сопровождение.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО членов семьи, проживающих совместно | Родственные отношения | Дата рождения | Примечание (особые условия) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

3. С предложением ознакомлен, согласен на получение социального сопровождения.

С условиями, порядком предоставления социального сопровождения, перечнем социальных услуг, нормами и правилами социального сопровождения ознакомлен и согласен.

Договорные обязательства обязуюсь выполнять.

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе и получателе социального сопровождения в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

дата заполнения подпись ФИО

инвалида, законного

представителя

Директор ОГБУ «УСЗСОН

по Куйтунскому району» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись ФИО

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 4  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

**Журнал регистрации заявлений (обращений) о получении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Номер п/п |
| 2 | Дата обращения |
| 3 | ФИО гражданина |
| 4 | ФИО законного представителя гражданина (в случае обращения законного представителя гражданина), иных граждан обратившихся в интересах гражданина; наименование государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений |
| 5 | Адрес регистрации |
| 6 | Адрес фактического места жительства |
| 7 | Телефон |
| 8 | Способ подачи заявления и документов (личное обращение, через организации почтовой связи, в форме электронных документов) |
| 9 | Перечень приложенных документов к заявлению |
| 10 | Примечание |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 5  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

**Акт собеседования с инвалидом и(или) членами его семьи**

**1. Автобиографические данные инвалида**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО получателя социального сопровождения и социальной реабилитации | |
|  | |
| Дата рождения: | Пол: |
| Паспорт (№, серия, дата выдачи, кем выдан) | |
|  | |
| Домашний адрес, почтовый индекс | |
|  | |
| № телефона | |
| Пенсионное удостоверение (№, дата выдачи, кем выдано) | |
|  | |
| Вид пенсии | |
| Основная профессия | |
| Образование | |
| Дополнительная информация | |
|  | |
|  | |

**2. Семейное положение инвалида**

|  |
| --- |
| Состав семьи |
| Сведения о членах семьи, проживающих совместно:  (степень родства, ФИО, дата рождения, социальная категория, место работы, место учёбы, доход, наличие регистрации в квартире (доме) |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| Кто осуществляет основной уход |
|  |
| Есть ли проблемы во взаимоотношениях, напряжённая обстановка в семье: да/нет |
| Сведения о родственниках, проживающих отдельно от инвалида:  степень родства, ФИО, дата рождения, домашний адрес, № телефона, социальная категория, место работы, место учёбы, виды и периодичность помощи) |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| Опекун (ФИО, адрес, № телефона) |
|  |
| Соседи, знакомые, оказывающие помощь(ФИО, адрес, № телефона) |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| Виды и периодичность помощи |
|  |
| Условия оказания помощи: бесплатно/ за плату |
| Волонтёры, общественные организации, оказывающие помощь |
|  |
|  |
| Дополнительная информация |
|  |
|  |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу социального сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**3. Способность к самообслуживанию**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Есть ли у инвалида трудности в осуществлении личного ухода | | | | | |
| Основные проблемы | | | | | |
| Может ли инвалид: | | самостоятельно | с трудом | с посторонней помощью | |
| лечь / встать с постели | |  |  |  | |
| одеться / раздеться | |  |  |  | |
| умыться | |  |  |  | |
| побриться | |  |  |  | |
| провести гигиенические процедуры полости рта | |  |  |  | |
| причесаться | |  |  |  | |
| принять ванну, душ | |  |  |  | |
| вымыться в бане, дома | |  |  |  | |
| пользоваться кухонным инвентарём | |  |  |  | |
| приготовить пищу | |  |  |  | |
| вымыть посуду | |  |  |  | |
| пользоваться туалетом | |  |  |  | |
| пользоваться судном | |  |  |  | |
| Дополнительная информация | | | | | |
|  | | | | | |
| Испытывает ли инвалид трудности при выполнении домашней работы | | | | | |
| Основные проблемы | | | | | |
| Может ли инвалид самостоятельно: | да / нет | в чём заключаются трудности | | | кто помогает |
| Пользоваться плитой / печью |  |  | | |  |
| Занести в дом уголь, дрова |  |  | | |  |
| Принести воду |  |  | | |  |
| Стирать |  |  | | |  |
| Провести уборку |  |  | | |  |
| Подготовить баню |  |  | | |  |
| Вести денежные расчёты |  |  | | |  |
| Покупать продукты, вещи |  |  | | |  |
| Дополнительная информация | | | | | |
|  | | | | | |
| Использование индивидуальных вспомогательных средств: | | | | | |
| • коляска | | • костыли | | | |
| • трость | | • очки | | | |
| • слуховой аппарат | | • другое | | | |
| Возможность передвижения | | | | | |
| Основные проблемы | | | | | |
| Может ли инвалид передвигаться: | | самостоятельно | с трудом | с посторонней помощью | |
| внутри помещения | |  |  |  | |
| при входе в дом / выходе из дома | |  |  |  | |
| спускаться / подниматься по лестнице | |  |  |  | |
| с помощью лифта | |  |  |  | |
| вне помещения | |  |  |  | |
| на общественном транспорте | |  |  |  | |
| на личном транспорте | |  |  |  | |
| Дополнительная информация | | | | | |
|  | | | | | |
| Возможность перемещения с помощью коляски | | | | | |
| Основные проблемы | | | | | |
| Может ли инвалид перемещаться: | | самостоятельно | с трудом | с посторонней помощью | |
| по комнате | |  |  |  | |
| на кухню / к месту приёма пищи | |  |  |  | |
| в ванную | |  |  |  | |
| в туалет | |  |  |  | |
| из кровати в коляску | |  |  |  | |
| из коляски в кровать | |  |  |  | |
| на улицу / в дом | |  |  |  | |
| Дополнительная информация | | | | | |
|  | | | | | |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу социального сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: | | | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

**4. Физическое здоровье**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наличие заболеваний (заполняется на основании медицинского заключения) | | |
|  | | |
|  | | |
| Группа/степень/категория инвалидности | | |
| Дата освидетельствования | | |
| Дата переосвидетельствования | | |
| Данные справки МСЭ (ВТЭК): серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Нарушенная функция организма (общая, кардио, прочее) | | |
| Наличие индивидуальной программы реабилитации | | |
| Происходили ли в последнее время изменения в обстоятельствах, ухудшающих условия жизнедеятельности | | |
| * Тяжелая утрата | * травмы | |
| * Госпитализация | * другое | |
| Частота обращений в медицинские учреждения (за последний год) | | |
| Физические компоненты деятельности, сенсорные расстройства | | |
| • подвижность суставов | | |
| • координация движений | | |
| • слух | | |
| • способность ощущать вкус | | |
| • зрение | | |
| • обоняние | | |
| • трудности в общении | | |
| • способность определять источник боли | | |
| Дополнительная информация | | |
|  | | |
| Приём медикаментов: | | |
| * по назначению врача | | * самолечение |
| * злоупотребление | | * другое |
| Есть ли проблема с приёмом лекарства: да/нет | | |
| * открыть (закрыть)упаковку: да/нет | | |
| * соблюдать периодичность приёма лекарств: да/нет | | |
| * закапывание капель, горчичники и пр.: да /нет | | |
| Дополнительная информация | | |
|  | | |
|  | | |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу социального сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

**5. Среда проживания**

|  |  |
| --- | --- |
| Какие услуги имеются: в районе проживания инвалида; за пределами района (указать расстояние: 0-2 км, 2-6 км, 6-10 км, свыше 10 км0 | |
| • магазин, рынок | |
| • поликлиника, медпункт | |
| • аптека | |
| • почта | |
|  | |
|  | |
| Жилищные условия: | |
| (частный дом; отдельная квартира; сколько комнат; комната в общежитии и пр.) | |
| В чьей собственности находится жильё: | |
| (в муниципальной; приватизировано на инвалида или в долевую собственность; другое) | |
| Этаж: | Наличие перил на лестнице: |
| Балкон, лоджия | |
| Лифт, мусоропровод | |
| Доступ к жилью: | |
| • металлическая дверь | • кодовый замок |
| • наличие собаки (во дворе, в квартире) | |
| • другое | |
| Состояние жилья: | |
| • санитарно-гигиеническое: | |
| хорошее / удовлетворительное / плохое / антисанитарное | |
| • необходимость проведения ремонта: | |
| (нет / косметический / капитальный) | |
| • состояние сантехнического оборудования | |
| хорошее / удовлетворительное / плохое / антисанитарное | |
| • наличие домашних животных в квартире | |
| Наличие коммунальных удобств: | |
| • холодная вода | |
| • горячая вода | |
| • канализация | |
| • ванна | |
| • центральное отопление | |
| • печное отопление | |
| • потребность в топливе | |
| * газовая плита | |
| • электрическая плита | |
| Дополнительная информация | |
|  | |
|  | |
| Испытывает ли инвалид трудности в обращении со следующими предметами: | |
| • дверными ручками | |
| • дверью (при закрытии и открытии) | |
| • выключателями | |
| • кранами | |
| • другими | |
|  | |
|  | |
| Имеет ли инвалид доступ к телефону | |
| • да, № телефона: | |
| • нет | |
| Проблемы инвалида: | |
| • слышит ли инвалид звонок (стук) в дверь | |
| • другие | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу комплексного сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |

**6. Психосоциальное состояние**

|  |
| --- |
| Ориентация в пространстве и времени |
| Способность к восприятию информации |
| Способность ясно мыслить |
| Умение жить в обществе: |
| • уровень коммуникабельности |
| • психологическая устойчивость |
| • интерес к другим людям |
| • наличие привязанностей |
| Уровень притязаний (к себе, к другим) |
|  |
| Умение справляться с трудностями |
|  |
| Оптимизм, чувство юмора |
|  |
| Уровень тревожности |
|  |
| Эмоциональное состояние |
|  |
| Причина психо-эмоционального стресса |
|  |
| Способность сопротивления стрессу |
|  |
| Нуждаемость в психологической поддержке (с учётом мнения инвалида) |
|  |
| Дополнительная информация |
|  |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу комплексного сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**7. Социальные контакты**

|  |
| --- |
| Имеет ли место в жизни инвалида общение: |
| • с родственниками |
| • с соседями |
| • с друзьями |
| • прочими |
|  |
|  |
| Родственники, друзья, прочие проживают: |
| • в пределах данного населённого пункта |
| • за пределами данного населённого пункта |
| Общение посредством встреч, переписки, разговора по телефону |
|  |
| Как часто |
|  |
| Является ли инвалид членом общественных или иных организаций (каких) |
|  |
|  |
| Характер деятельности инвалида в этих организациях |
|  |
| Сохранил ли связи с коллективом прежней работы |
|  |
| Средства получения информации (TV, радио, периодические издания, другое) |
|  |
|  |
| Следит ли за жизнью общества |
| постоянно / нерегулярно / не интересуется |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу комплексного сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**8. Материальное положение**

|  |
| --- |
| Источники дохода: |
| • пенсия |
| • стипендия |
| • заработная плата |
| • алименты |
| * другие доходы |
|  |
| Помощь фондов организаций (каких периодичность) |
|  |
| • доход членов семьи, проживающих совместно (выше / ниже ПМ) |
|  |
| Среднедушевой доход (за 12 мес., предшествующих месяцу составления акта) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. |
| Льготы (федеральные, областные, местные) |
|  |
|  |
| Обязательные расходы (платежи, медикаменты, другие) |
|  |
|  |
| Дополнительная информация |
|  |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу комплексного сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**9. Организация досуга**

|  |
| --- |
| Как организовано свободное время инвалида |
| • спокойный отдых (хобби, ремесло, чтение, прочее) |
|  |
|  |
|  |
| • активный отдых (прогулки, посещение театра, занятия спортом, клубы по интересам, прочее) |
|  |
| Забота о животных |
|  |
| Разведение комнатных растений |
|  |
| Работа на приусадебном участке |
|  |
| Дополнительная информация |
|  |
| Выявленные проблемы и потребности по данному разделу для включения в Программу комплексного сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи: |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**10. Заключение по итогам собеседования и оценки нуждаемости в мероприятиях социального сопровождения и социальной реабилитации**

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| Специалист по социальной работе: |
| ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
|  |
| Подпись заявителя:  С актом ознакомлен. Согласен на передачу и использование информации в моих интересах. |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
|  |

**Решение директора ОГБУ «УСЗСОН по Куйтунскому району»**

|  |
| --- |
| 1. Разработать программу социального сопровождения и социальной реабилитации лица с инвалидностью и членов его семьи |
| 2. Сформировать диагностическую карту социальной интеграции (социальный паспорт) семьи, имеющей в своем составе инвалида |
| 3. Подготовить документы для принятия на социальное обслуживание (в случае необходимости) |
| 4. Провести мероприятия по социальному сопровождению (в случае необходимости) |
| 5. направить информацию в организации-партнеры для оказания социальных и иных услуг, необходимых инвалиду и членам его семьи |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 6  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

**Диагностическая карта социальной интеграции (социальный паспорт)**

**семьи, имеющей в своем составе инвалида**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО инвалида |  |
| Дата рождения |  |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении) |  |
| Образование |  |
| Место работы (учебы), должность |  |
| Сведения об инвалидности (группа, причина, ограничение жизнедеятельности, нарушенная функция организма, степень утраты профессиональной трудоспособности инвалида, дата установления инвалидности, срок, на который установлена инвалидность, потребности в мерах социальной защиты) | |
|  | |

Информация о составе семьи инвалида

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ФИО члена семьи |  |
| Родственные отношения с инвалидом |  |
| Дата рождения |  |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении) |  |
| Образование |  |
| Место работы (учебы), должность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. ФИО члена семьи |  |
| Родственные отношения с инвалидом |  |
| Дата рождения |  |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении) |  |
| Образование |  |
| Место работы (учебы), должность |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. ФИО члена семьи |  |
| Родственные отношения с инвалидом |  |
| Дата рождения |  |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении) |  |
| Образование |  |
| Место работы (учебы), должность |  |

и т.д. по количеству членов семьи

Основные данные семьи с инвалидом

|  |  |
| --- | --- |
| Количественный состав семьи |  |
| в том числе количество детей |  |
| Адрес регистрации |  |
| Адрес проживания |  |
| Контактный телефон (-ы) |  |
| E-mail (если есть) |  |
| Среднедушевой доход (со слов) |  |

Социально-бытовые условия проживания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наличие жилья | | Бытовые условия | | Наличие и состояние предметов первой необходимости | |
| Зарегистр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ чел.  Проживают \_\_\_\_\_\_\_\_ чел. | |
| Квартира (собственность) |  | Санитарное состояние жилья |  | Ассортимент продуктов питания |  |
| Комната (собственность) |  | Потребность в ремонте |  | Одежда |  |
| Дом (собственность) |  | Наличие необходимой мебели и бытовой техники |  | Постельные принадлежности |  |
| Учебные принадлежности |  |
| Аренда жилой площади (социальный найм) |  | Наличие индивидуального спального места |  | Игрушки |  |
| Посуда |  |
| Количество проживающих |  | Наличие учебно-игровой зоны |  | Предметы личной гигиены |  |

Характеристика семьи:

По составу:

|  |  |
| --- | --- |
| Социальный статус | Краткая характеристика |
| одиноко проживающий гражданин |  |
| многодетная семья |  |
| неполная семья |  |
| семья с приемным ребенком |  |
| другое |  |

По материальному положению:

|  |  |
| --- | --- |
| Социальный статус | Краткая характеристика |
| малообеспеченная |  |
| доход на члена семьи равен прожиточному минимуму |  |
| доход превышает прожиточный минимум |  |
| другое |  |

По психологическому микроклимату:

|  |  |
| --- | --- |
| Социальный статус | Краткая характеристика |
| благополучная семья |  |
| семья в состоянии развода |  |
| семья с низким уровнем образования |  |
| семья в социально опасном положении |  |
| другое |  |

По состоянию здоровья членов семьи:

|  |  |
| --- | --- |
| Социальный статус | Краткая характеристика |
| семья, воспитывающая ребенка-инвалида |  |
| семья, в которой родители (родитель) являются инвалидами |  |
| семья, в которой проживают иные родственники, являющиеся инвалидами |  |
| другое |  |

По правовому положению:

|  |  |
| --- | --- |
| Статус | Краткая характеристика |
| брак зарегистрирован |  |
| брак не зарегистрирован |  |

Семья находится в обстоятельствах ухудшающих или способствующих ухудшению жизненной ситуации (перечислить обстоятельства нуждаемости в социальном обслуживании) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Семья нуждается в социальной помощи в виде предоставления социальных услуг (перечислить): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Семья нуждается в социальном сопровождении (перечислить): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Семья нуждается в иных видах социальной помощи, назначении мер социальной поддержки (перечислить):

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

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

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

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

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

Степень социальной интеграции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
| Специалист по социальной работе: |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. |

|  |
| --- |
| Утверждаю: |
| ФИО директора ОГБУ «УСЗСОН по Куйтунскому району» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 7  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

Программа

социального сопровождения лица с инвалидностью и членов его семьи

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО инвалида |  |

Категория: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Степень социальной интеграции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель социального сопровождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование организации | Наименование мероприятия | Отметка о выполнении, дата |
| **1. Необходимость оказания услуг учреждениями социального обслуживания** | | | |
|  |  | Принятие на надомное обслуживание |  |
|  |  | Принятие на полустационарное социальное обслуживание |  |
|  |  | Принятие в учреждения стационарного социального обслуживания |  |
|  |  | Оказание дополнительных социальных и иных платных услуг |  |
|  |  |  |  |
| **2. Необходимость оказания услуг учреждениями социальной защиты населения** | | | |
|  |  | Оказание помощи |  |
|  |  | Оказание мер социальной поддержки |  |
|  |  | Оформление опекунства |  |
|  |  |  |  |
| **3. Необходимость оказания услуг через межведомственное взаимодействие** | | | |
|  | Органы местного самоуправления |  |  |
|  | Органы здравоохранения |  |  |
|  | Учреждения МСЭ |  |  |
|  | Пенсионный Фонд РФ |  |  |
|  | Фонд обязательного медицинского страхования РФ |  |  |
|  | Фонд социального страхования РФ |  |  |
|  | Коммунальные службы |  |  |
|  | Органы полиции |  |  |
|  | Миграционная служба |  |  |
|  | Центр занятости |  |  |
|  | Учреждения культуры и спорта |  |  |
|  | Ритуальные услуги |  |  |
|  |  |  |  |
| **4. Необходимость взаимодействия с социально ориентированными некоммерческими и общественными организациями** | | | |
|  | Общество инвалидов |  |  |
|  | Общество ветеранов |  |  |
|  | Религиозные организации |  |  |
|  |  |  |  |
| **5. Необходимость взаимодействия с другими организациями различных организационно-правовых форм и форм собственности** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **6. Работа с родственниками** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата составления программы «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

----------------------------------------------------------------------------------------------------

Отметка о снятии гражданина с социального сопровождения

Результат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Степень социальной интеграции по окончанию программы социального сопровождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Примечание: При разработке Программы социального сопровождения и социальной реабилитации лица с инвалидностью и членов его семьи необходимо учитывать мероприятия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА инвалида), индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) и индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 10  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

**Акт**

**посещения инвалида и его семьи**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО инвалида |  |
| Дата посещения |  |
| Адрес |  |
| Присутствовали члены семьи в момент посещения |  |
| Цель посещения (текущее мониторинговое, контрольное, плановое, внеплановое) |  |
| Описание ситуации в семье при посещении |  |
| Содержание работы специалистов при посещении |  |
| Информация полученная от членов семьи во время посещения (жалобы, обращения, заявления, благодарности, просьбы) |  |
| Степень социальной интеграции |  |
| Рекомендации по результатам посещения, сроки исполнения, ответственный(е) работник(и) |  |

Специалист по социальной работе:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г.

УТВЕРЖДАЮ:

Директор ОГБУ «УСЗСОН по

Куйтунскому району» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Примечание: в случае комиссионного посещения ставиться подписи всех участников.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 11  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

Заключение

о реализации программы социального сопровождения и социальной реабилитации лица с инвалидностью и членов его семьи

ОГБУ «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Куйтунскому району»

гражданину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

и его семье в период с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ года по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ года предоставлено социальное сопровождение и социальная реабилитация

Результат:

1. Социальное сопровождение и социальная реабилитация предоставлены в полном объеме: да / нет (нужное подчеркнуть).

2. Предоставление социального сопровождения и социальной реабилитации прекращено досрочно в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать причину)

3. Результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

1. Степень социальной интеграции по окончанию программы социального сопровождения и социальной реабилитации (Приложение 10)

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

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

5. Рекомендовано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |
| --- |
| Специалист по социальной работе: |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. |

|  |
| --- |
| Утверждаю: |
| Директор ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (ФИО)  Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. |

С заключением о предоставлении социального сопровождения и социальной реабилитации ознакомлен:

|  |
| --- |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 12  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

**Критерии степени социальной интеграции гражданина**

|  |  |
| --- | --- |
| Степень социальной интеграции | Критерии |
| Высокая степень самостоятельной социальной интеграции | Самостоятельно включен во все социальные процессы и институты, посещает учреждения. Работает (учится), ведет активный образ жизни. |
| Высокая степень социальной интеграции при поддержке родственников | При помощи родственников (законных представителей) включен во все социальные процессы и институты, посещает учреждения. Работает (учится), ведет активный образ жизни |
| Высокая степень социальной интеграции при поддержке субъектов системы социального обслуживания | При поддержке субъектов системы социального обслуживания включен во все социальные процессы и институты, посещает учреждения. Работает, ведет активный образ жизни |
| Средняя степень самостоятельной социальной интеграции | Периодически самостоятельно посещает государственные учреждения, либо организовано посещение на дому. Не работает. Но включается периодически в социальные события |
| Средняя степень социальной интеграции при поддержке родственников | Периодически при помощи родственников (законных представителей) посещает государственные учреждения, либо организовано посещение на дому. Не работает. Но включается периодически в социальные события |
| Средняя степень социальной интеграции при поддержке субъектов системы социального обслуживания | Периодически при помощи субъектов системы социального обслуживания посещает государственные учреждения либо организовано посещение на дому. Не работает. Но включается периодически в социальные события |
| Низкая степень самостоятельной социальной интеграции | Не имеет возможности для самостоятельной социальной активности |
| Низкая степень социальной интеграции при наличии родственников | Не имеет возможности для самостоятельной социальной активности. Имеет родственников. Родственники в социальной интеграции инвалида не участвуют |
| Низкая степень социальной интеграции инвалида и членов семьи | Не имеет возможности для самостоятельной социальной активности. Имеет родственников. Родственники социально не активны. Не работают. Наблюдается социальная изоляция инвалида и членов их семей |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 13  к «Положению об отделении социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов ОГБУ «УСЗСОН  по Куйтунскому району», утвержденного  «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. |

**Формы отчётов о количестве инвалидов,**

**в том числе детей-инвалидов, охваченных мероприятиями**

**по организации социального сопровождения**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Общее количество граждан, которым оказано содействие в предоставлении помощи, не относящейся к социальным услуга (социальное сопровождение) | Вид мероприятия | | | | | | Общее количество предоставленной помощи |
| Медицинская | Психологическая | Педагогическая | Юридическая | Социальная | Иная (трудовая) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| В том числе дети-инвалиды: |  |  |  |  |  |  |  |