Приложение № 2

к приказу Министерства

Российской Федерации

От 10.11.2014 г. № 874-н

**Государственное бюджетное профессиональное**

**образовательное учреждение**

**«Ессентукский центр реабилитации инвалидов и**

**лиц с ограниченными возможностями здоровья»**

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

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (дата составления)

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

2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

4. Адрес места жительства:

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

 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

9. Форма социального обслуживания: стационарное социальное обслуживание

10.Виды социальных услуг:

1. **Социально – бытовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование****социально – бытовой услуги** | **Объем****предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным в установленном порядке нормативам | **6м2** | **Ежедневно** |  |  |
| 2. | Обеспечение питанием согласно утвержденным в установленном порядке нормам | **5 раз в сутки** | **Ежедневно** |  |  |
| 3. | Обеспечение мягким инвентарем согласно утвержденным нормативам | **4 раза в месяц** | **1 раз в неделю** |  |  |
| 4. | Обеспечение за счет средств получателя соц.услуг книгами, журналами, газетами, настольными играми | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 5. | Содействие в организации предоставления услуг организованной торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и др. |  |  |  |  |
| 6. | Обеспечение проезда к месту обучения, лечения, получения консультации, реабилитации и досуга | **- // -** | **По мере необходимости** |  |  |
| 7. | Обеспечение при выписке из стационарных организации соц. обслуживания одеждой, обувью согласно нормативам | - // - | **При выпуске из учреждения** |  |  |
| 8. | Обеспечение сохранности личных вещей и ценностей | **- // -** | **По мере необходимости** |  |  |
| 9. | Создание условий для отправления религиозных обрядов | **- // -** | **По мере необходимости** |  |  |
| 10. | Предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья, самост. осуществ. за собой уход | **- // -** | **По мере необходимости** |  |  |
| 11. | Отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 12. | Помощь в приеме пищи (кормление) |  |  |  |  |
| 13. | Покупка и доставка за счет средств получателя прод. Питания, промтоваров первой необходимыми ср.санитарии, лекарствами | - // -  | **По мере необходимости** |  |  |
| 14. | Оказание помощи в написании писем |  |  |  |  |
| 15. | Социальный патронаж |  |  |  |  |
| 16. | Уборка жилых помещений | **2 раза в сутки** | **Ежедневно** |  |  |

**III. Социально - медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование****социально – медицинской услуги** | **Объем****предоставления** **услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок** **предоставления** **услуги** | **Отметка** **о выполнении** |
| 1. | Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг | **- // -** | **По мере необходимости (по назначению врача)** |  |  |
| 2. | Проведение оздоровительных мероприятий | **Не чаще 1 раза в день** | **По мере необходимости (по назначению врача)** |  |  |
| 3. | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии | **- // -** | **По мере необходимости**  |  |  |
| 4. | Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателей соц. услуг) | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 5. | Проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни | **- // -** | **По мере необходимости** |  |  |
| 6. | Проведение занятий по адаптивной физической культуре | **- // -** | **По мере необходимости**  |  |  |
| 7. | Содействие в получении в установленном порядке бесплатной медицинской помощи в объеме, предусмотренном тер. программой |  |  |  |  |
| 8. | Содействие в госпитализации нуждающегося получателя социальных услуг, сопровождение его в мед. орг. СК |  |  |  |  |
| 9. | Оказание медико-социальной помощи и стоматологической помощи | **- // -**  | **По мере необходимости**  |  |  |
| 10. | Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, вызов врача на дом | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 11. | Посещение получателя социальных услуг в медицинских организациях СК при оказании ему мед. помощи | **Не менее 1 раза за период пребывания в учреждении, но не более 1 раза в две недели**  | **По мере необходимости** |  |  |
| 12. | Содействие в получении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи, а также в обеспечении ТСР | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 13. | Содействие в проведении медико-социальной экспертизы |  |  |  |  |
| 14. | Проведение социально-медицинских мероприятий для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основании ИПР | **По назначению врача** | **По мере необходимости** |  |  |
| 15. | Содействие в организации прохождения диспансеризации |  |  |  |  |

1. **Социально – психологические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование****социально – психологической услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений | **Не более 3 раз в неделю** | **По мере необходимости**  |  |  |
| 2. | Социально-психологический патронаж | **Не более 1 раза в неделю** | **По мере необходимости** |  |  |
| 3. | Оказание консультационной психологической помощи анонимно, в том числе с использованием телефона доверия | **- // -**  | **По мере необходимости** |  |  |
| 4. | Оказание экстренной психологической помощи | **По мере необходимости** |  **По обращению** |  |  |
| 5. | Психологические тренинги | **Не более 1 раза в месяц** | **По мере необходимости** |  |  |
| 6. | Психологическая диагностика и обследование личности | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 7. | Психологическая коррекция | **Не более одного раза в неделю** | **По мере необходимости** |  |  |
| 8. | Психотерапевтическая помощь |  |  |  |  |
| 9. | Психопрофилактическая и психологическая работа, направленная на своевременное предупреждение возможных нарушений в становлении и развитии личности | **Не реже 1 раза в месяц** | **2 раза в месяц** |  |  |
| 10. | Проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения | **Не более одного раза в месяц** | **По мере необходимости** |  |  |

1. **Социально - педагогические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование****социально – педагогической услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование | **- //**  | **Постоянно** |  |  |
| 2. | Формирование позитивных интересов (в том числе в сфере досуга) |  **- //**  | **Постоянно** |  |  |
| 3. | Организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия) |  **- // -**  | **Постоянно** |  |  |
| 4. | Социально-педагогический патронаж | **Не чаще одного раза в месяц** | **По мере необходимости** |  |  |
| 5. | Социально-педагогическое консультирование получателей социальных услуг | **Не более двух раз в неделю**  | **По необходимости** |  |  |

1. **Социально – трудовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование****социально – трудовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам | **Не реже одного раза в неделю** | **Два раза в неделю** **по 2 часа**  |  |  |
| 2. | Оказание помощи в трудоустройстве | **По мере необходимости** | **При выпуске из учреждения** |  |  |
| 3. | Организация помощи в получении образования и (или) квалификации инвалидами, в том числе детьми-инвалидами | **По мере необходимости** | **Ежедневно** |  |  |

1. **Социально – правовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование социально – правовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг |  |  |  |  |
| 2. | Оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно |  |  |   |  |
| 3. | Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг |  |  |  |  |
| 4. | Социально-правовой патронаж | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 5. | Содействие в получении уст. Законодательством Российской Федерации и законодательством СК мер соц.поддержки |  |  |  |  |
| 6. | Оказание помощи по вопросам пенсионного обеспечения и получения социальных выплат |  |  |  |  |

**VIII. 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** |
| 1. | Обучение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, пользованию средствами ухода и ТСР | - // - | **По мере необходимости** |  |  |
| 2. | Проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания | - // - | **Постоянно** |  |  |
| 3. | Обучение навыкам поведения в быту и общественных местах | **По мере необходимости** | **Постоянно** |  |  |
| 4. | Оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности | - // - | **По мере необходимости** |  |  |

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 услуги, 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.) |
| ГБПОУ «Ессентукский ЦР» | г. Ессентуки, ул. Чкалова, 1 | 6-11-86, 6-26-72, факс 6-50-59epuzri@minsoc26.ru |

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг | Причина отказа | Дата отказа |  Подпись получателя социальных услуг |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Вид социального сопровождения |  Получатель социального сопровождения | Отметка о выполнении |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг

Согласен

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

 (подпись получателя социальных (расшифровка подписи)

 услуг или его законного представителя)

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.В. Гогжаева

М.П.