

Министерство социальной защиты населения Рязанской области

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

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 _____

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 паспорт № _____, выдан _____ г.

7. Адрес электронной почты (при наличии) _____ - _____.

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____.

9. Форма социального обслуживания стационарная _____.

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
	Предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам		Постоянно на период проживания		
	Обеспечение питанием согласно утвержденным нормативам		Не менее 3-х раз в день на период проживания		
	Обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) согласно утвержденным нормативам		На период проживания		
	Уборка жилых помещений		Не реже 1 раза в день, генеральная уборка - не реже 2-х раз в месяц на период проживания		

	Обеспечение сохранности личных вещей и ценностей		По мере необходимости		
	Организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами		Ежедневно Не менее 1 посещения одного учреждения культуры (театра, цирка, музея, галереи, филармонии, парка культуры и отдыха или зоопарка и т.п.) в год		

II. Социально-медицинские

№ п/п	Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
	Содействие в получении медицинской помощи в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, целевых программ и территориальных программ обязательного медицинского страхования в медицинских учреждениях		По мере необходимости		
	Содействие в проведении оздоровительных мероприятий		По мере необходимости, но не чаще 1-го раза в день (продолжительность - не более 60 минут)		
	Содействие в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации		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		По мере необходимости		

IV. Социально-педагогические

№ п/п	Наименование социально-педагогической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
-------	--	-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------

	Организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, газетами		По мере необходимости		
--	--	--	-----------------------	--	--

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
	Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг		По мере необходимости, но не чаще 1 раза в неделю		
	Оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатных		По мере необходимости, но не чаще 1-го раза в неделю		

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
	Оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности		По мере необходимости		

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.)
Государственное бюджетное учреждение «Кораблинский комплексный центр социального обслуживания населения»	391200, Рязанская область, Кораблинский район, г. Кораблино, ул. им. И.Н. Зыканова, д. 1	8(49143) 514-99 koroszn06@mail.ru Загрядская Елена Вячеславовна
Государственное бюджетное учреждение «Касимовский комплексный центр социального обслуживания населения»	391301, Рязанская область, Касимовский район, г. Касимов, ул. Крылова, д. 18	8(49131) 247-92 kshson@mail.ryazan.ru Шибеева Ольга Александровна
Государственное бюджетное учреждение «Михайловский комплексный центр социального обслуживания населения»	391710, Рязанская область, Михайловский район, г. Михайлов, ул. Пронская, д. 19	8(49130) 229-71 mixkcon@yandex.ru Рудавина Ольга Александровна
Государственное бюджетное учреждение «Сапожковский	391940, Рязанская область, Сапожковский район, р.п.	8(49152)225-17 soczash@sapozhok.ryazan.ru

комплексный центр социального обслуживания населения»	Сапожок, ул. Садовая, д. 16	Жариков Павел Николаевич
---	-----------------------------	--------------------------

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

(должность лица, подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.