**Управление социальной защиты населения Администрации
Нижнеомовского района Пензенской 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: _____

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 :

Социально-бытовые

№ п/п	Наименование услуги	Объем предоставления	Периодичность	Срок предоставления	Отметка о выполнении
1.	Предоставление площади жилых помещений согласно утвержденным нормативам.	1. Ванная комната - 9,5 кв. м. 2. Комната гигиены - 15 кв. м 3. Туалет - 10 кв. м. 4. Спальная комната 32 кв. м – из расчета 4 кв. м. на 1 чел. 5. Помещение столовой из расчета - 1,5 кв. м.	Ежедневно, круглосуточно	С _____ по _____	
2.	Предоставление помещений для организации реабилитационных мероприятий, лечебно-трудовой деятельности, культурно-бытового обслуживания.	-Игровая комната; -учебный класс для подготовки и проведения учебно-воспитательских мероприятий; -сенсорная комната; -кабинет психолога; - кабинет логопеда; - спортивный зал; - актовъй зал; - творческая мастерская; - библиотека;	Ежедневно, в соответствии с режимом дня	С _____ по _____	

		<ul style="list-style-type: none"> - компьютерный класс; -кабинет лечебной физкультуры; - процедурный кабинет; физиотерапевтический кабинет; - кабинет массажа; -тренажерный зал; - бассейн; - холл для отдыха. 			
3.	Предоставление в пользование мебели.	<ul style="list-style-type: none"> 1.Кровать – 1шт. 2.Стул -1шт. 3. Стол -1шт. 4. Шкаф для одежды – 1шт.(2-3полки) 5. Комплект школьной (дошкольной) мебели (стол, стул) в соответствии с СанПиН 2.4.33259-15 	Ежедневно, круглосуточно	С _____ по _____	
4.	Обеспечение питанием, согласно утвержденным нормативам.	В соответствии с Постановлением Правительства Пензенской области от 04.02.15г. № 34-пП « Об утверждении норм питания в организациях социального обслуживания, находящихся в ведении Пензенской области.	Ежедневно, 5 раз в день	С _____ по _____	
5.	Обеспечение мягким инвентарем, согласно утвержденным нормативам	В соответствии с Постановлением Правительства Пензенской области от 06.02.2015г. № 39–пП « Об утверждении нормативов обеспечения мягким инвентарем в организациях социального обслуживания, находящихся в ведении Пензенской области»	Ежедневно, круглосуточно	С _____ по _____	
6.	Организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми.	Библиотечный фонд- в количестве- 2, 5 тыс. книг; Настольные игры в количестве – 20 шт., Телевизор – 1 шт. Компьютеры – 2 шт. DBD – 1 шт. Музыкальный центр –	Ежедневно, в соответствии с режимом дня	С _____ по _____	

		1 шт.			
7.	Обеспечение сохранности личных вещей и ценностей, сданных на хранение.	Кабинет специалистов	Ежедневно, круглосуточно	С _____ по _____	
8.	Создание условий для отправления религиозных обрядов	Молитвенная комната	По желанию воспитанника	С _____ по _____	
9.	Предоставление гигиенических процедур	Гигиенические процедуры в соответствии с СанПиН 2.4.33259-15	Ежедневно, в соответствии с режимом дня и по мере необходимости	С _____ по _____	

Социально-медицинские

№ п/п	Наименование услуги	Объем предоставления	Периодичность	Срок предоставления	Отметка о выполнении
1.	Оказание первичной медико – санитарной помощи	Первичный медицинский осмотр. Первичная санитарная обработка.	При поступлении	_____ в день поступления	
2.	Проведение оздоровительных мероприятий.	Утренняя гимнастика. Прогулки и игры на свежем воздухе. Проведение спортивных мероприятий, дней здоровья.	Ежедневно, в соответствии с режимом дня 1-2 раза в неделю	С _____ по _____	

3.	Проведений мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни.	Мероприятия по профилактике вредных привычек и формированию здорового образа жизни.	1-2 раза в неделю	С _____ по _____	
4.	Систематическое наблюдение за получателем социальных услуг, в целях выявления отклонения в состоянии здоровья	Медицинский осмотр с целью выявления отклонений в состоянии здоровья	Ежедневно, по мере необходимости	С _____ по _____	
5.	Консультирование по социально-медицинским вопросам.	Консультации, индивидуальные беседы.	По мере необходимости	С _____ по _____	
6.	Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателя социальных услуг.	Измерение температуры тела, артериального давления, контроль за лечением, приемом лекарств и др.	В соответствии с назначением врача	С _____ по _____	
7.	Содействие в прохождении диспансеризации	Осмотр врачами-специалистами (педиатром, отоларингологом, окулистом, хирургом, кардиологом, стоматологом, эндокринологом и др.)		С _____ по _____	
8.	Содействие в госпитализации нуждающихся в медицинские организации	Госпитализация в медицинские организации и учреждения по направлению врача-специалиста.	По мере необходимости	С _____ по _____	
9.	Содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями	Обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения и медицинскими изделиями	В соответствии с назначением врача	С _____ по _____	

Социально-психологические

№ п/п	Наименование услуги	Объем предоставления	Периодичность	Срок предоставления	Отметка о выполнении
1.	Оказание психологической поддержки.	Психодиагностика и обследование личности ребенка.	При поступлении, в течении времени нахождения ребенка в отделении, в соответствии с планом работы психолога	С _____ по _____	
2.	Проведение психокоррекционной работы.	Проведение психокоррекционных занятий.	1-2 раза в неделю, в соответствии с планом работы психолога	С _____ по _____ —	

Социально-педагогические

№ п/п	Наименование услуги	Объем предоставления	Периодичность	Срок предоставления	Отметка о выполнении
1.	Содействие в организации получения образования	Посещение учебных занятий в МБОУ СОШ № 1 г. Нижний Ломов Посещение занятий в МБДОУ детский сад № 11 г. Нижний Ломов	5(6) раз в неделю (понедельник-суббота) 5 раз в неделю с 9.00-12.00	С _____ по _____ С _____ по _____	
2.	Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование.	Проведение социально-педагогической коррекции (коррекция отклонений навыков социализированного поведения, коррекция навыков общения), включая диагностику (наблюдение, анкетирование) и консультирование (по вопросам обучения, самоопределения, взаимоотношений со взрослыми и сверстниками и др.	Ежедневно, в соответствии с планом работы специалиста по социальной работе	С _____ по _____	
3.	Формирование позитивных интересов (в том числе в сфере досуга).	Проведение занятий в творческой мастерской (художественное и техническое творчество)	1-2 раза в неделю	С _____ по _____	
4.	Организация досуга (праздники,	Проведение досугово-развлекательных мероприятий,		С _____ по _____	

	экскурсии и другие культурные мероприятия	праздников, утренников, экскурсий и др.	1-2 раза в неделю		
--	---	---	-------------------	--	--

Социально-трудоые

№ п/п	Наименование услуги	Объем предоставления	Периодичность	Срок предоставления	Отметка о выполнении
1.	Проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам.	Мероприятия, направленные на формирование трудовых умений и навыков, необходимых воспитанникам в жизни. Трудовая деятельность в помещениях отделения и прилегающей территории.	Ежедневно	С _____ по _____	

Социально-правовые

№ п/п	Наименование услуги	Объем предоставления	Периодичность	Срок предоставления	Отметка о выполнении
1.	Содействие в оформлении и восстановлении документов.	Содействие в оформлении и восстановлении документов (свидетельство о рождении, паспорт, ИНН, СНИЛС, медиц. полис).	По мере необходимости	С _____ по _____	
2.	Оказание помощи в получении юридических услуг.	Помощь и содействие в получении юридических услуг по вопросам, связанным с правом на социальное обслуживание, по вопросам гражданского, жилищного, семейного, трудового, пенсионного, уголовного законодательства	По мере необходимости	С _____ по _____	
3.	Услуги по защите прав и законных интересов получателя социальных услуг в установленном законодательством порядке.	Участие в КДН и ЗП, участие в судебных заседаниях по вопросам ограничения или лишения родителей родительских прав, участие в судебных разбирательствах по вопросам защиты прав и законных интересов несовершеннолетних	По мере необходимости	С _____ по _____	

**Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей – инвалидов.
(для детей с ограниченными возможностями)**

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

Срочные социальные услуги

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

11. Условия предоставления социальных услуг: **услуги осуществляются бесплатно и своевременно.**

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

Наименование поставщика социальных услуг	Адрес места нахождения поставщика социальных услуг	Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, mail и т.д.)
ГБУСО ПО «Нижнеломовский дом-интернат для детей с физическими недостатками»	г. Нижний Ломов, ул. Сергеева, 84	Телефон: 4-40-86 4-29-17

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	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)

Заключение

о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

от _____ № _____

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