**Управление социальной защиты населения по г. Сургуту и Сургутскому району**

**Департамента социального развития Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

(дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество

2. Пол женский

3. Дата рождения

4. Адрес места жительства: не указан

5. Адрес места регистрации: г. Сургут, ул.

 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 повторно на срок по \_\_\_\_\_\_\_\_.

9. Форма социального обслуживания Полустационарное социальное обслуживание

10. Виды социальных услуг:

**I. Социально-бытовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |

**II. Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-медицинской услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |

**III. Социально-психологические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-психологической услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |

**IV. Социально-педагогические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-педагогической услуги и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |

**V. Социально-трудовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-трудовой услуги и формы социального обслуживания и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |

**VI. Социально-правовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование социально-правовой услуги и формы социального обслуживания | 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 в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов и формы социального обслуживания | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Отметка о выполнении |

**11. Условия предоставления социальных услуг:**

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

**12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименованиепоставщика социальных услуг | Адрес места нахождения поставщика социальных услуг | Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, e-mail и т.п.) |
| Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский центр социальной помощи семье и детям» | г. Сургут, ул. Лермонтова д. 9 стр. кв.  | (3462)341030/(3462)341033, SurCPSD@admhmao.ru |

**13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| НаименованиеФормы 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 социальногосопровождения | Получатель социальногосопровождения | Отметка о выполнении |
| Медицинская помощь:-организация медицинского обследования:БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 4»,г. Сургут, ул. Губкина, д.1т. 8(3462) 55-09-49 | ФИО | ПРИМЕР |

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

(подпись получателя социальных (расшифровка подписи)услуг или его законного представителя)

Начальник УСЗН по г. Сургуту и Сургутскому району

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

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.