

**Главное государственное управление социальной  
защиты населения Псковской области**

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ ;
2. Пол \_\_\_\_\_ 3. Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Адрес проживания:
- почтовый индекс \_\_\_\_\_ город (район) \_\_\_\_\_
- село \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_
- корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_
5. Адрес места работы:
- почтовый индекс \_\_\_\_\_ город (район) \_\_\_\_\_
- село \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_
- корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ .
9. Форма социального обслуживания \_\_\_\_\_ .
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

**II. Социально-медицинские**

№ п/п	наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

### III. Социально-психологические

№ п/п	наименование социально-психологической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

### IV. Социально-педагогические

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

### 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

### 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

Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м<sup>2</sup>, шт., место, комплект и т.п.) в случаях, когда объем может быть определен единицами измерения.

При заполнении строк о сроке предоставления социальной услуги указывается дата начала ее предоставления и дата окончания.

При заполнении строк о выполнении социальной услуги поставщиком социальных услуг указывается: «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины).

8. Условия предоставления социальных услуг<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Получатель социальных услуг имеет право на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации.

9. 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.)

10. 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

11. Мероприятия по социальному сопровождению:

Вид социального сопровождения	Получатель социального сопровождения <sup>2</sup>	Отметка о выполнении <sup>3</sup>

С содержанием Индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен \_\_\_\_\_

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя<sup>4</sup>, расшифровка подписи)

Уполномоченный орган  
исполнительной власти области  
в сфере социального обслуживания

\_\_\_\_\_ (подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных

услуг, расшифровка подписи)

1) Указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания. Условия предоставления социальных услуг указываются поставщиком социальных услуг.

2) Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

3) Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины).

4) Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись

\_\_\_\_\_ (дата составления)

№ \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**О выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ :**

Программа 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: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П.