Муниципальное учреждение
«Комплексный центр социального обслуживания населения» Правобережного района г. Магнитогорска
Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

« » _____ 20___г **№ ___**

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол ____ **3.** Дата рождения _____

4. Адрес места жительства: индекс _____город _____

Улица _____ дом __ квартира _комната___телефон _____

5. Адрес места работы:

6. Серия, номер, дата выдачи паспорта _____

7. Контактный e-mail (при наличии)

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

9. Формы социального обслуживания: **полустационарная форма в условиях дневного пребывания**

10. Виды социальных услуг:

1.Социально-бытовые

№ п/п	Наименование социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Организация досуга и отдыха в полустационарной форме в условиях дневного пребывания	ежедневно	14 дней		
2	Предоставление питания	ежедневно	14 дней		

2.Социально-медицинские

№ п/п	Наименование социально-медицинской услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Оказание медицинской помощи в соответствии с имеющимися лицензиями на осуществление медицинской деятельности, в том числе выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья в полустационарной форме в условиях дневного пребывания	ежедневно	14 дней		
2	Консультирование по социально-медицинским вопросам в полустационарной форме в условиях дневного пребывания	не реже 1 раза в заезд	1 раз		

3.Социально-психологические

№ п/п	Наименование социально-психологической услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Социально-психологическое консультирование в полустационарной форме в условиях дневного пребывания	не реже 1 раза в заезд	1 раз		

4.Социально-педагогические

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

5.Социально-трудовые

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

6.Социально-правовые

№ п/п	Наименование социально-правовой услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Консультирование по социально- правовым вопросам в полустационарной форме в условиях дневного пребывания	не реже 1 раза в заезд	1 раз		

7.Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей – инвалидов

№ п/п	Наименование услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	Оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности в полустационарной форме в условиях дневного пребывания	Объем услуги определяется планом работы организации	8 раз		

Условия предоставления социальных услуг**:**

Социально-бытовые услуги:

1. Получатели социальных услуг должны иметь свободный доступ к предметам досуга. Использование этих предметов осуществляется в соответствии с правилами внутреннего распорядка организации, предоставляющей социальные услуги, и с учетом состояния здоровья получателей социальных услуг.

Социально-медицинские услуги:

1. Услуга предоставляется при наличии соответствующей лицензии на осуществление медицинской деятельности.
2. Консультирование может осуществляться сотрудниками организации, предоставляющей социальные услуги, а также приглашенными экспертами по вопросам здорового образа жизни, профилактики заболеваний, обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и другим актуальным вопросам.

Социально-психологические услуги:

1. Психологическое консультирование осуществляется по личному обращению получателя социальных услуг.

Социально-правовые услуги:

1. Услуга предоставляется при наличии в штате специалиста-юриста.

Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей – инвалидов:

1.Услуга предоставляется в соответствии с индивидуальными возможностями здоровья получателей социальных услуг.

Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

Наименование поставщика социальных услуг	Адрес места нахождения поставщика социальных услуг	Контактная информация поставщика социальных услуг
МУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» Правобережного района	**Ул. Суворова, 123**	**30-68-23; 31-19-26 Kcson-prav@ mailmgn.ru**
МУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» Орджоникидзевского района	**Пр. Ленина, 138**	**30-02-22 Kcson-ordg/ru**
МУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» Ленинского района	**Пр. Металлургов, 3/2**	**22-03-33** Kcson-len@mail.ru
МУ «Реабилитационный центр для людей с ограниченными возможностями здоровья» города Магнитогорска	**Карла Маркса, 193**	**40-47-90 Rcenter-mag@mail.ru**
Магнитогорский городской благотворительный общественный фонд «Металлург»	**Пр. Сиреневый, 12**	**40-12-57 mail@fondmetallurg.ru**
Частное учреждение Магнитогорского городского благотворительного фонда «Металлург» «Центр социального обслуживания населения»	**Пр. Сиреневый, 12**	**30-58-07 Zabota-MGN@mail.ru**

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
-	-	-	-

Мероприятия по социальному сопровождению:

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

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласна:

_____ _____

(подпись получателя социальных услуг)

Директор

_____ А.А. Запьянцева

М.П.

Юрисконсульт_____ О.В. Исаева