

форма

(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 (формы) социального обслуживания \_\_\_\_\_.

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	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 и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

### Примечания:

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

1.1. При заполнении граф “наименование социально-бытовой услуги”, “наименование социально-медицинской услуги”, “наименование социально-психологической услуги”, “наименование социально-педагогической услуги”, “наименование социально-трудовой услуги”, “наименование социально-правовой услуги”, “наименование услуги” указывается также форма социального обслуживания.

2. При заполнении графы “срок предоставления услуги” указывается дата начала предоставления социальной услуги и дата ее окончания.

3. При заполнении графы “отметка о выполнении” поставщиком социальных услуг делается запись: “выполнена”, “выполнена частично”, “не выполнена” (с указанием причины).

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.)

## 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 <sup>1</sup>	Отметка о выполнении <sup>2</sup>

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

---

(подпись получателя социальных услуг или  
его законного представителя<sup>3</sup>)

---

(расшифровка подписи)

Лицо, уполномоченное на подписание  
индивидуальной программы предоставления  
социальных услуг уполномоченного органа  
субъекта Российской Федерации

---

(должность лица, подпись)

---

(расшифровка подписи)

М.П.

## 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.

<sup>1</sup> Получатель – родитель, опекун, попечитель, иной законный представитель несовершеннолетних детей.

<sup>2</sup> Организация, оказывающая социальное сопровождение, ставит отметку: “выполнено”, “выполнено частично”, “не выполнено” (с указанием причины).

<sup>3</sup> Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись.