|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение №\_\_\_\_\_  к договору №\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ООСОН администрации Убинского района Новосибирской области | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Индивидуальная программа предоставления социальных услуг** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): 2. Пол: 3. Дата рождения: | | | | | | | | |  | |
|
|
| 1. Адрес места жительства: 2. Адрес места работы: 3. Документ : 4. Контактный телефон: | | | |  | | | | |
|  | | | |
|
| 8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые на срок по: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма (формы) социального обслуживания: | | | | | | полустационарная форма обслуживания (далее - ПФО). | | | | | | | | | |
| 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 об исполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
| 2 |  | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
| II Социально-медицинские | | | | | | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги и формы  социального обслуживания | | | | | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | | | | Срок предоставления услуги | | | Отметка об исполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
| III Социально-педагогические | | | | | | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги и формы  социального обслуживания | | | | | | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | | | | Срок предоставления услуги | | | Отметка об исполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
| 2 |  | | | | | |  |  | | | |  | | |  |
| 3 |  | | | | | |  |  | | | |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IV Социально-правовые | | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги и формы  социального обслуживания | | | Объем предоставления услуги | | Периодичность предоставления услуги | | | Срок предоставления услуги | | Отметка об исполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  |
| 2 |  | | |  | |  | | |  | |  |
| V Социально-психологические | | | | | | | | | | | |
| № п/п | Наименование социально-бытовой услуги и формы  социального обслуживания | | | Объем предоставления услуги | | Периодичность предоставления услуги | | | Срок предоставления услуги | | Отметка об исполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | | |  | |  | | |  | |  |
| 2 |  | | |  | |  | | |  | |  |
| 3 |  | | |  | |  | | |  | |  |
| Условия предоставления социальных услуг: бесплатно | | | | | | | | | | | |
| Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг: | | | | | | | | | | | |
| Наименование поставщика социальных услуг | | | Адрес места нахождения поставщика социальных услуг | | | | | Контактная информация поставщика социальных услуг | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |
| 10. 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) | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Начальник | | | | |  |  | . | | | | |
| (должность лица, подпись) | | | | | |  | (расшифровка подписи) | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| М.П. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.