|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 услугии формысоциального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка обисполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| II Социально-медицинские |
| №п/п | Наименование социально-бытовой услугии формысоциального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка обисполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| III Социально-педагогические |
| №п/п | Наименование социально-бытовой услугии формысоциального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка обисполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| IV Социально-правовые |
| №п/п | Наименование социально-бытовой услугии формысоциального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка обисполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| V Социально-психологические |
| №п/п | Наименование социально-бытовой услугии формысоциального обслуживания | Объемпредоставленияуслуги | Периодичностьпредоставленияуслуги | Срокпредоставленияуслуги | Отметка обисполнении |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| Условия предоставления социальных услуг: бесплатно |
| Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг: |
| Наименование поставщикасоциальных услуг | Адрес места нахождения поставщикасоциальных услуг | Контактная информацияпоставщика социальных услуг |
|  |  |  |
|  |
| 10. Мероприятия по социальному сопровождению: |
| Вид социального сопровождения | Получатель социальногосопровождения | Отметка овыполнении |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.