**Перечень предоставляемых социальных услуг по видам социальных услуг и формам социального обслуживания**

**I. Социально-бытовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование социально-бытовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| **1.** | Предоставление площади жилых помещений | 6 кв. м жилой площади  | В период действия заключенного договора  | В период действия заключенного договора  |  |
| **2.** | Предоставление в пользование мебели  | На комнату: шкаф, стол; на каждого человека: кровать, стул (банкетка), тумбочка | В период действия заключенного договора  | В период действия заключенного договора  |  |
| **3.** | Обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) | Согласно нормативам предоставления  | В период действия заключенного договора  | В период действия заключенного договора  |  |
| **4.** | Обеспечение питанием | 4-разовое питание |  4 раза в день | В период действия заключенного договора  |  |
| **5.** | Уборка жилых помещений и мест общего пользования | Проветривание; влажная уборка пола.Влажная уборка подоконников, мебелиГенеральная уборка  | Не реже 2 раз в день.2 раза в день.1 раз в месяц. | В период действия заключенного договора  |  |
| **6.** | Организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми | В соответствии с планом мероприятий | В соответствии с планом мероприятий | В период действия заключенного договора  |  |
| **7.** | Парикмахерские услуги | Простая стрижка волос | 1 раз в 2 месяца | В период действия заключенного договора  |  |
| **8.** | Ритуальные услуги  | Оформление документов, необходимых для медицинского освидетельствования факта смерти и захоронения  | При наступлении факта смерти | При наступлении факта смерти |  |
| **9.** | Покупка за счет средств получателей социальных услуг и доставка на дом продуктов питания | 1 услуга | 2 раза в месяц | В период действия заключенного договора  |  |
| **10.** | Покупка и доставка промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода | 1 услуга | 1 раз в месяц | В период действия заключенного договора  |  |
| **11.** | Покупка и доставка лекарственных средств и изделий медицинского назначения | Выписка рецепта на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в учреждениях здравоохранения | 2 раза в месяц | В период действия заключенного договора  |  |
| Приобретение за счёт средств получателя социальных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения и доставка их на дом (не более десяти наименований) | 2 раза в месяц |  |
| **12.** | Предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход | Подъем и укладывание в постель  | По мере необходимости  | В период действия заключенного договора     |  |
| Обработка катетеров  | 2 раза в сутки  |  |
| Одевание и раздевание  | По мере необходимости  |  |
| Принятие гигиенического душа, ванны  | Не реже 1 раза в неделю и по мере необходимости |  |
| Поднос и вынос судна  | По мере необходимости  |  |
| Смена постельного белья  | Не реже 1 раза в неделю и по мере необходимости |  |
| Гигиена до и после приема пищи  | 4 раза в сутки  |  |
| Смена нательного белья | Не реже 1 раза в неделю и по мере необходимости |  |
| Смена абсорбирующего белья, памперсов | По мере необходимости |  |
| Стрижка волос  | 1 раз в 2 месяца  |  |
| Стрижка ногтей на руках и ногах  | По мере необходимости  |  |
| Причесывание | 2 раза в день |  |
| Уход за зубами  | 2 раза в день  |  |
| Уход за зубными протезами | 1 раз в сутки |  |
| Бритье лица | 2 раза в неделю |  |
| Гигиена наружных половых органов | Не реже 2 раз в день |  |
| **13.** | Помощь в приеме пищи (кормление) | 1 услуга | 4 раза в день | В период действия заключенного договора  |  |
| **14.** | Оплата за счет средств получателей услуг связи | 1 услуга | 1 раз в месяц | В период действия заключенного договора  |  |
| **15.** | Оформление за счет средств получателей социальных услуг подписки на периодические издания | 1 издание | 1 раз в год | В период действия заключенного договора  |  |

**II. Социально-медицинские**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование социально-медицинской услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| **1.** | Оказание первичной медико-санитарной помощи |  | При поступлении и по мере необходимости | В период действия заключенного договора |  |
| **2.** | Содействие в организации прохождения диспансеризации |  | 1 раз в год | В период действия заключенного договора |  |
| **3.** | Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и др.) |  | По мере необходимости при острых и обострении хронических заболеваний | В период действия заключенного договора |  |
| **4.** | Проведение оздоровительных мероприятий |  | В соответствии с планом работы | В период действия заключенного договора |  |
| **5.** | Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья |  | 1 раз в месяц | В период действия заключенного договора |  |
| **6.** | Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателей социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья) |  | В соответствии с планом работы | В период действия заключенного договора |  |
| **7.** | Содействие в проведении или проведение реабилитационных мероприятий социально-медицинского характера, в том числе в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов |  | В соответствии с рекомендациями ИПР | В период действия заключенного договора |  |
| **8.** | Проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни |  | В соответствии с планом работы | В период действия заключенного договора |  |

**III. Социально-психологические**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование социально-психологической услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| **1.** | Социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений | 1 консультация | По мере необходимости | В период действия заключенного |  |
| **2.** | Психологическая помощь и поддержка (включая экстренную), в том числе гражданам, осуществляющим уход на дому за тяжелобольными получателями социальных услуг | 1 услуга (каждые дополнительные 30 минут – 1 дополнительная услуга) | 2 раза в месяц | В период действия заключенного договора |  |

**IV. Социально-трудовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование социально-трудовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| **1.** | Проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам | 4 часа в день | 5 дней в неделю | В период действия трудового договора |  |
| **2.** | Оказание помощи в трудоустройстве | 1 услуга | 1 раз в год | В период действия заключенного договора |  |

**V. Социально-правовые**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование социально-правовой услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| **1.** | Оказание помощи в оформлении документов  | 1 услуга | 2 раза в год | В период действия заключенного договора |  |
| **2.** | Консультирование по социально-правовым вопросам  | 1 услуга | 2 раза в год | В период действия заключенного договора |  |

**VI. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование услуги** | **Объем предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| **1.** | Обучение инвалидов пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации | 1 услуга | По мере необходимости | В период действия заключенного договор |  |
| **2.** | Обучение навыкам поведения в быту и общественных местах | Согласно плана мероприятий | Согласно плана мероприятий | В период действия заключенного договор |  |
| **3.** | Транспортные услуги в целях обеспечения доступа к приоритетным сферам жизнедеятельности инвалидов, не способных пользоваться общественным транспортом | 1 услуга | По мере необходимости | В период действия заключенного договор |  |

11. 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.)** |
| ГАУСО «Атамановский ДИПИ» | 672530, Забайкальский край, Читинский р-н, ул.Целинная, 26а | тел. 99-23-16;e-mail: mail\_adi@mail.ru |

12. 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

13. 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)

Уполномоченный орган

субъекта Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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