

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания населения
«Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов
Московского района»**

ПРИКАЗ

09.апреле 2024

№ 01/ 81

Санкт-Петербург

О внесении изменений в порядок
реализации ИППСУ

В соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Законом Санкт-Петербурга от 26 декабря 2014 года № 717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге», постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 30 июня 2016 года № 530 «О размере платы за предоставление социальных услуг, порядке взимания платы за предоставление социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге и внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1283», пунктом 6.5. Устава Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района», утвержденного распоряжением Комитета имущественных отношений Санкт-Петербурга от 04 апреля 2016 года № 590-13,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Изложить Порядок реализации индивидуальных программ предоставления социальных услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района», утвержденный приказом от 04.08.2023 № 01/247, в новой прилагаемой редакции.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителей директора по компетенции.

Директор



С.А. Буйневич

Порядок реализации индивидуальных программ предоставления социальных услуг
в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального
обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов
Московского района»

1. Настоящий Порядок, разработанный в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Законом Санкт-Петербурга от 26 декабря 2014 года № 717-135 «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге», постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 30 июня 2016 года № 530 «О размере платы за предоставление социальных услуг, порядке взимания платы за предоставление социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге и внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1283», устанавливает порядок реализации индивидуальных программ предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района» (далее – Центр).

2. В целях повышения эффективности и результативности проведения реабилитационных мероприятий для каждого инвалида трудоспособного возраста, ребенка-инвалида и ребенка раннего возраста, имеющего проблемы в развитии (далее – получатели социальных услуг) с учетом объемов социальных услуг, определенных ИППСУ, разрабатывается план реализации ИППСУ по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку исходя из следующих параметров:

- 1) возможности Центра (материально-технические, кадровые);
- 2) степень выраженности физических и умственных нарушений у получателя социальных услуг;
- 3) наличие (отсутствие) показаний (противопоказаний) для предоставления социально-медицинских услуг.

План реализации ИППСУ подлежит утверждению на заседании Реабилитационного совета Центра и при необходимости – корректировке в процессе его реализации по согласованию с Реабилитационным советом Центра.

Утвержденный План реализации ИППСУ, а также выписки из решений Реабилитационного совета Центра по вопросам внесения изменений в План реализации ИППСУ, хранятся в личном деле получателя социальных услуг, по 1 экземпляру плана реализации ИППСУ передается в курирующее отделение и получателю социальных услуг.

3. При обращении получателя социальных услуг в Центр специалист отделения приема и консультаций граждан (далее – ОПИКГ) осуществляет следующие действия:

- 1) регистрацию обращения в журнале учета получателей социальных услуг по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку, при этом результатом рассмотрения обращения будет являться договор о предоставлении социальных услуг;

- 2) прием и проверку документов, предоставленных получателем социальных услуг, перечень которых предусмотрен Положением о Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов Московского района», а также, в отношении инвалидов трудоспособного возраста, – расчет размера среднедушевого дохода в целях определения перечня социальных услуг, предоставляемых бесплатно и (или) на условиях полной (частичной) оплаты по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку;

- 3) сбор сведений о получателе социальных услуг в целях формирования личного дела и заполнения социального паспорта по формам согласно приложениям №№ 4-9 к настоящему Порядку, оформление согласия на обработку персональных данных получателя социальных услуг и его законного представителя, информированного

добровольного согласия получателя социальных услуг и его законного представителя на фото- и видеосъемку и на использование изображения по формам, установленным приказом директора Центра, а также приобщение к личному делу получателя социальных услуг информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по форме, установленной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, оформленного в соответствии с подпунктом 1 пункта 4 настоящего Порядка;

4) в течение одного дня с даты обращения получателя социальных услуг – подготовку с использованием Подсистемы планирования, учёта и контроля деятельности системы социального обслуживания АИС «Электронный социальный регистр населения Санкт-Петербурга» (далее – Подсистема) проекта договора о предоставлении социальных услуг по форме, установленной Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга, и проекта приказа Центра о зачислении на социальное обслуживание по форме согласно приложению № 10 к настоящему Порядку;

5) подготовку проекта договора о предоставлении образовательных услуг на обучение по дополнительным общеобразовательным общеразвивающим программам по форме, установленной приказом директора Центра, и его регистрацию в журнале учета получателей социальных услуг по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку;

6) внесение сведений о получателях социальных услуг в журнал учета получателей социальных услуг по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку;

7) выдачу получателю социальных услуг направления на проведение диагностических мероприятий по форме согласно приложению № 11 к настоящему Порядку;

8) запись получателя социальных услуг в отделение социально-медицинских услуг, (далее – ОСМУ) для получения медицинского заключения о наличии (отсутствии) показаний (противопоказаний) для предоставления социально-медицинских услуг, а также для получения рекомендаций по формированию индивидуального плана реализации ИППСУ – в отделения социально-трудовых услуг (далее – ОСТУ), психолого-педагогических услуг (далее – ОППУ), социально-бытовых и коммуникативных услуг (далее – ОСБиКУ) ;

9) формирование в соответствии с перечнем, установленным приложением № 12 к настоящему Порядку, личного дела получателя социальных услуг.

Титульный лист личного дела оформляется по форме согласно приложению № 13 к настоящему Порядку.

Личному делу присваивается номер, содержащий цифровое обозначение, соответствующее порядковому номеру заявления о предоставлении социальных услуг, и буквенные обозначения, соответствующие категории получателя социальных услуг:

№ п/п	Категория получателей социальных услуг / форма социального обслуживания	Буквенное обозначение личного дела
1	Дети-инвалиды / полустационарная форма социального обслуживания	ДИ
2	Дети-инвалиды / форма социального обслуживания на дому	ДИ-Д
3	Дети раннего возраста, имеющие проблемы в развитии / полустационарная форма социального обслуживания до 4-х часов	РВ
4	Инвалиды трудоспособного возраста / полустационарная форма социального обслуживания до 4-х часов	ИТВ-П
5	Инвалиды трудоспособного возраста / полустационарная форма социального обслуживания свыше 4-х часов	ИТВ-ОДП
6	Инвалиды трудоспособного возраста / форма социального обслуживания на дому	ИТВ-Д

10) передачу одного экземпляра договора о предоставлении социальных услуг

получателю социальных услуг с регистрацией факта передачи в журнале передачи договоров о предоставлении социальных услуг по форме согласно приложению № 14 к настоящему Порядку.

11) передачу в течение одного рабочего дня любым доступным способом сведений о получателях социальных услуг, заключивших договор, в курирующее отделение;

12) ежемесячно формирование сводного расписания оказания услуг специалистами Центра в системе записи на прием к специалистам;

13) в случае изменения величины среднедушевого дохода получателя социальных услуг, величины прожиточного минимума, тарифов на социальные услуги:

а) выдачу получателю социальных услуг (за исключением детей раннего возраста, имеющих проблемы в развитии, детей-инвалидов) уведомления о необходимости предоставления документов, необходимых для расчета размера среднедушевого дохода в целях определения перечня социальных услуг, предоставляемых бесплатно и (или) на условиях полной (частичной) оплаты, по форме согласно приложению № 15 к настоящему Порядку;

б) расчет размера среднедушевого дохода в целях определения перечня социальных услуг, предоставляемых бесплатно и (или) на условиях полной (частичной) оплаты;

в) в срок не позднее 5 рабочих дней со дня изменения величины среднедушевого дохода получателя социальных услуг, величины прожиточного минимума, тарифов на социальные услуги – подготовку проектов дополнительных соглашений к договорам о предоставлении социальных услуг и их регистрацию в журнале учета получателей социальных услуг;

г) выдачу в течение двух рабочих дней со дня принятия соответствующего решения получателю социальных услуг (за исключением детей раннего возраста, имеющих проблемы в развитии, детей-инвалидов) уведомления об изменении условий предоставления социальных услуг (бесплатно и (или) на условиях полной (частичной) оплаты) и размера взимаемой платы за предоставление социальных услуг по форме согласно приложению № 16 к настоящему Порядку;

14) взимание платы за оказанные социальные услуги;

15) информирование заведующего курирующим отделением или куратора о невыполнении получателем социальных услуг обязательств по своевременной оплате оказанных социальных услуг;

16) приостановка действия договора о социальном обслуживании в случаях, определенных Положением о Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района»;

17) прием от руководителя курирующего отделения или куратора ежемесячных актов сдачи-приемки оказанных услуг по форме, утвержденной распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 29 июля 2016 года № 217-р (далее – акты о социальных услугах, предоставленных поставщиком социальных услуг);

18) подготовку не позднее одного рабочего дня с момента окончания срока действия договора о предоставлении социальных услуг заключения о результатах реализации ИППСУ с отметкой о фактической дате окончания социального обслуживания в журнале учета получателей социальных услуг;

19) архивирование личных дел получателей социальных услуг после окончания срока действия договора о предоставлении социальных услуг и подписания акта сдачи-приемки оказанных социальных услуг с приобщением к личным делам получателей социальных услуг дополнительных соглашений к договору о предоставлении социальных услуг и документации об оплате социальных услуг.

Опись документов, содержащихся в личном деле, оформляется по форме согласно приложению № 17 к настоящему Порядку;

20) информирование получателя социальных услуг о необходимости обращения в СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания» для признания его нуждающимся в социальном обслуживании и разработки ИППСУ, а также заключения

договора о предоставлении социальных услуг.

4. Заведующий ОСМУ:

1) оформляет, обеспечивает подписание у получателя социальных услуг и передает в ОПиКГ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме, установленной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

2) организует на основании имеющихся у получателя социальных услуг медицинских документов и результатов диагностики подготовку и передачу в ОПиКГ медицинского заключения о наличии (отсутствии) показаний (противопоказаний) для предоставления социально-медицинских услуг по форме согласно приложению № 18 к настоящему Порядку;

3) при выявлении у получателя социальных услуг противопоказаний для предоставления социально-медицинских услуг в ходе реабилитационного процесса, проводит повторную диагностику с оформлением медицинского заключения о наличии (отсутствии) показаний (противопоказаний) для предоставления социально-медицинских услуг по форме согласно приложению № 18 к настоящему Порядку;

4) организует учет и хранение справок-допусков для посещения плавательного бассейна, по истечении срока действия справки-допуска информирует курирующее отделение о необходимости ее обновления.

5. Заведующие ОСТУ, ОППУ, ОСБиКУ:

1) проводят диагностические мероприятия и выдают получателям социальных услуг рекомендации по формированию индивидуального плана реализации ИППСУ по форме согласно приложению № 19 к настоящему Порядку, 1 экземпляр рекомендаций передается в курирующее отделение;

6. Курирующее отделение, куратор ОПиКГ осуществляют следующие действия:

1) формирование совместно с получателем социальных услуг плана реализации ИППСУ с учетом сведений, содержащихся в медицинском заключении о наличии (отсутствии) показания (противопоказаний) для предоставления социально-медицинских услуг, рекомендации по формированию индивидуального плана реализации ИППСУ, выданных ОСТУ, ОППУ, ОСБиКУ, а также корректировку указанного плана в случае выявления у получателя социальных услуг противопоказаний для предоставления социально-медицинских услуг в ходе реабилитационного процесса;

2) внесение на рассмотрение Реабилитационного совета Центра проекта плана реализации ИППСУ получателя социальных услуг, а также предложений по его корректировке;

3) формирование ежемесячно совместно с получателем социальных услуг на основании плана реализации ИППСУ, утвержденного Реабилитационным советом Центра, индивидуального расписания получения социальных услуг в системе записи на прием к специалистам;

4) контроль за посещением получателем социальных услуг реабилитационных мероприятий с фиксацией в листе динамических наблюдений по форме согласно приложению № 20 к настоящему Порядку;

5) ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, подготовку актов о социальных услугах, предоставленных поставщиком социальных услуг, подписание указанных актов у получателя социальных услуг, а также приобщение их к личному делу получателя социальных услуг.

Ежемесячные акты о социальных услугах, предоставленных поставщиком социальных услуг в Санкт-Петербурге, формируются в Подсистеме по состоянию на последний календарный день отчетного месяца.

б) в случае поступления от получателя социальных услуг сведений о вынужденном пропуске реабилитационных мероприятий:

а) внесение соответствующих сведений в лист динамических наблюдений;

б) информирование заведующего отделением, непосредственно оказывающим социальные услуги;

в) внесение изменений в индивидуальное расписание получения социальных услуг;

7) в случае поступления от заведующего отделением, непосредственно оказывающим социальные услуги, сведений о систематическом пропуске (два и более раз) получателем социальных услуг реабилитационных мероприятий:

- а) внесение соответствующих сведений в лист динамических наблюдений;
- б) выявление причин пропусков занятий и, в случае пропуска занятий по неуважительным причинам и (или) прогнозируемого длительного периода пропуска занятий – внесение на рассмотрение Реабилитационного совета Центра предложений по корректировке плана реализации ИППСУ;
- в) внесение изменений в индивидуальное расписание получения социальных услуг;
- 8) при выявлении фактов невыполнения получателем социальных услуг обязательств по своевременной оплате оказанных социальных услуг, – информирование получателя социальных услуг о необходимости осуществления оплаты с отметкой в листе динамических наблюдений;
- 9) информирует получателя социальных услуг о необходимости обновления справки-допуска для посещения плавательного бассейна – в случае истечения срока ее действия.

7. Заведующий отделением, непосредственно оказывающим социальные услуги:

- 1) в случае систематического пропуска (два и более раз) получателем социальных услуг реабилитационных мероприятий осуществляет информирование о данных фактах куратора с отметкой в журнале информирования кураторов по форме согласно приложению № 21 к настоящему Порядку;
- 2) ежемесячно не позднее 25 числа составляет и направляет в курирующее отделение расписание оказания услуг специалистами отделения по форме согласно приложению № 22 к настоящему Порядку;
- 3) осуществляет контроль за полнотой и своевременностью внесения специалистами сведений об оказанных социальных услугах в Подсистему.

8. Специалисты, непосредственно оказывающие социальные услуги, осуществляют внесение сведений об оказанных социальных услугах в Подсистему не позднее одного рабочего дня с момента их оказания.

9. Получатель социальных услуг:

- 1) перед первым посещением бассейна Центра предоставляет в ОСМУ справку-допуск для посещения плавательного бассейна (срок действия справки-допуска для взрослых составляет 1 год, для детей – 3 месяца), по истечении срока действия справки-допуска, она обновляется;
 - 2) в случае вынужденного пропуска реабилитационных мероприятий информирует о данных обстоятельствах куратора (в любой доступной форме);
 - 3) при получении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и полустационарной форме социального обслуживания свыше 4-х часов в случае плановой госпитализации или длительного отсутствия по месту жительства (3 недели и более) информирует Центр письменно по форме согласно приложению № 23 к настоящему Порядку, при возвращении по месту жительства – по форме согласно приложению № 24 к настоящему Порядку.
-

Приложение № 1
к Порядку реализации
индивидуальных программ
предоставления социальных услуг
в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации
инвалидов и детей-инвалидов
Московского района»

форма

УТВЕРЖДЕНО
на заседании Реабилитационного
совета СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ
Московского района»
от _____ № _____

ПЛАН

реализации индивидуальной программы предоставления социальных
услуг

_____ (ФИО получателя социальных услуг)

РНСУ № _____

ФИО, должность, контактные данные куратора: _____

№ п/п	Наименование услуги *	Количество услуг по ИПШСУ	Наименование отделения, оказывающего услугу	Содержание реабилитационных мероприятий	Количество услуг по каждому отделению в разрезе мероприятий
Социально-бытовые услуги					
1					

...									
Социально-медицинские услуги									
1									
...									
Социально-психологические услуги									
1									
...									
Социально-педагогические услуги									
1									
...									
Социально-трудовные услуги									
1									
...									
Социально-правовые услуги									
1									
...									
Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов									
1									
...									

Дата составления:

« _____ » _____ 20 ____ года

Составил специалист СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»:

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Ознакомлен:

_____ (подпись получателя социальных услуг)

_____ (расшифровка подписи получателя социальных услуг)

* наименование услуг указывается в соответствии с ИПШСУ.

Приложение № 2
к Порядку реализации индивидуальных программ
предоставления социальных услуг в СПб ГБУСОН
«Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-
инвалидов Московского района»

Журнал учета получателей социальных услуг*

№ п/п	Дата поступления заявления	Договор о предоставлении социальных услуг					Получатель социальных услуг													Адрес электронной почты	Сведения о кураторе		
		дата	номер	дата окончания	ФИО	Дата рождения	пол	Адрес регистрации по месту жительства	МО	Адрес фактического проживания	Номенклатура **	Группа инвалидности	РНСУ	ФИО	Контактный телефон	Статус семьи ***	% оплаты за социальные услуги	Приказ о зачислении на социальное обслуживание	Договор о предоставлении образовательных услуг				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

* Итого:

1) в зачетной форме в формате Excel;

2) отдельно для детей-инвалидов и детей раннего возраста, имеющих проблемы в развитии, инвалиции трудоспособного возраста

*** Список сокращений:

1) дети-инвалиды (инвалиды трудоспособного возраста) с множественными нарушениями развития – МЦР

2) дети-инвалиды (инвалиды трудоспособного возраста) с длительными нарушениями – ДЦП (в отношении детей-колясочников дополнительно указывается акс)

3) дети-инвалиды (инвалиды трудоспособного возраста) с нарушениями умственного развития – ИУР

4) дети-инвалиды (инвалиды трудоспособного возраста) с сенсорными нарушениями:

- с нарушениями слуха – СИС;

- с нарушениями зрения – СИЗ;

5) дети-инвалиды (инвалиды трудоспособного возраста) с иными нарушениями – ИНОЕ;

6) дети с ограниченными возможностями здоровья – ОВЗ.

*** Список сокращений:

1) многодетная семья – МЛОГ;

2) неполная семья;

- неполная отцовская – НПО О;

- неполная материнская – НПО М;

3) интуристская семья – ОИЕР.

Приложение № 3
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных услуг
в СПб ГБУСОН «Центр социальной
реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
по расчету доходов получателя социальных услуг

дата _____

ФИО получателя социальных услуг _____
форма социального обслуживания _____
РНСУ № _____

Количество членов семьи:

Доходы:

№ п/п	Виды доходов	Средняя сумма выплат за 12 мес. (руб.)
1	2	3
1	Страховая пенсия	
2	Общая сумма Федеральных выплат (без ЕВ)	
3	Денежная выплата инвалиду льгот по ЖКУ	
4	Справка о доходах по форме 2 НДФЛ гражданина и/или совместно проживающих членов семьи	
5	Денежная выплата льгот на оплату жилого помещения инвалидам, проживающим в помещениях частного жилого фонда	
6	Пенсия по старости матери инвалида с детства	
7	Социальная пенсия инвалиду с детства старше 18 лет	
8	Пособие инвалиду с детства 1 группы	
9	Пособие одинокому неработающему инвалиду с детства 2 группы	
10	Социальная выплата инвалидам	
11	Иной доход	
Итого сумма среднемесячных выплат:		0,00р.
Итого среднедушевой доход (общая сумма среднемесячных выплат / количество членов семьи):		0,00р.

Получатель социальных услуг

ФИО

(подпись)

Заведующий ОПиКГ

ФИО

(подпись)

Приложение № 4
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных услуг
в СПб ГБУСОН «Центр социальной
реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Социальный паспорт несовершеннолетнего

№ п/п	Наименование показателя	Сведения о получателе социальных услуг
1	Ф.И.О. получателя социальных услуг	
2	Дата рождения	
3	Адрес регистрации	СПб
4	Адрес фактического проживания	СПб
5	Телефон домашний / мобильный	
6	Адрес электронной почты	
7	Основное заболевание	
8	Сопутствующее заболевание	
9	Инвалидность установлена на срок до	
10	СНИЛС	
11	Вид обучения (нужное подчеркнуть)	на дому, в школе
12	Посещаемое учреждение (дет. Сад, школа, интернат, др.)	
13	Ф.И.О. родителей, год рождения	
	Мать	
	Отец:	
14	Место работы родителей	
	Мать	
	Отец	
15	Социальный статус семьи	полная / неполная / многодетная / приемная
16	Жилищно-бытовые условия	отдельная квартира, коммунальная, др.
17	Доступная среда (наличие лифта,	

	пандуса)	
18	Другие члены семьи до 18 лет	
19	Дополнительные сведения по социальной реабилитации	
20	Интересы, увлечения	
21	Источник информации о СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района»	
22	Ф.И.О. законного представителя	
23	Контактный телефон и адрес законного представителя	
24	Данные ИПРА	Степень ограничений (1-3)
	способности к самообслуживанию	
	способности к передвижению	
	способности к ориентации	
	способности к общению	
	способности к обучению	
	способности к трудовой деятельности	
	способности к контролю за своим поведением	
	наличие заключения о возможности осуществления несложных (простых) видов деятельности со значительной помощью других лиц	
25	Особые категории (ТМНР / ПНД / ДЦП / ОДА / РАС)	
26	Передвижение: коляска	

Дата заполнения: _____

(подпись)

(ФИО сотрудника ОПИКГ)

Приложение № 5
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

Социальный паспорт инвалида трудоспособного возраста

форма

№ п/п	Наименование показателя	Сведения о получателе социальных услуг
1	Ф.И.О. получателя социальных услуг	
2	Дата рождения	
3	Адрес регистрации	СПб
4	Адрес фактического проживания	СПб
5	Телефон домашний / мобильный	
6	Адрес электронной почты	
7	Основное заболевание	
8	Сопутствующее заболевание	
9	Инвалидность установлена на срок до	
10	СНИЛС	
11	Место работы, должность	
12	Жилищно-бытовые условия	отдельная квартира, коммунальная, др.
13	Доступная среда (наличие лифта, пандуса)	
14	Семейное положение	
15	Дополнительные сведения по социальной реабилитации	
16	Интересы, увлечения	
17	Ф.И.О. законного представителя / контактного лица	
18	Контактный телефон и адрес законного представителя / контактного лица	
19	Источник информации о СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского	

	района»	
20	Группа инвалидности: инвалид 1-3 группы / инвалид 1-3 группы с детства	
21	Данные ИПРА	Степень ограничений (1-3)
	способности к самообслуживанию	
	способности к передвижению	
	способности к ориентации	
	способности к общению	
	способности к обучению	
	способности к трудовой деятельности	
	способности к контролю за своим поведением	
	наличие заключения о возможности осуществления несложных (простых) видов деятельности со значительной помощью других лиц	
22	Особые категории (ТМНР / ПНД / ДЦП / ОДА / РАС)	
23	Передвижение: коляска	

Дата заполнения: _____

(подпись)

(ФИО сотрудника ОПИКГ)

Приложение № 6
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Директору СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

от _____
(ФИО получателя социальных услуг/представителя)

зарегистрированного по адресу:

проживающего по адресу:

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня / моего ребенка / подопечного (нужное подчеркнуть)

(ФИО получателя социальных услуг полностью)

в СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов
Московского района» для получения социальных услуг.

Информацию, касающуюся вопросов социального обслуживания, прошу
направлять на адрес электронной почты: _____.

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен (-а):

« _____ » _____ 20 __ года

(подпись)

(расшифровка подписи)

С правилами поведения посетителей массовых мероприятий ознакомлен (-а):

« _____ » _____ 20 __ года

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 7
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

СОГЛАСИЕ

родителей (законных представителей) на социально-психолого-педагогическое сопровождение получателя социальных услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района»

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

даю согласие / не согласие на социально-психолого-педагогическое сопровождение

ФИО получателя социальных услуг _____

включающее в себя такие направления как: диагностика (познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, профессионального самоопределения, социальной адаптации, уровень мотивации); психологическое консультирование; психологическая коррекция в рамках индивидуальной программы реабилитации, индивидуального реабилитационного маршрута и в интересах получателя социальных услуг.

Работа психологов и педагогов СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» проводится в соответствии с законодательством РФ (Конституцией Российской Федерации от 12.12.1993, Законом РФ «Об образовании» от 29.12.2012г. №273-ФЗ, Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ, кодексом этики и служебного поведения работников СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района».

() _____ 20 __ года

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Приложение № 8
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Директору СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

от _____
(ФИО законного представителя получателя социальных услуг)

зарегистрированного по адресу:

проживающего по адресу:

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____, являясь законным
(ФИО законного представителя)
представителем получателя социальных услуг _____
(ФИО, дата рождения получателя социальных услуг)

и действуя в его интересах, даю разрешение на самостоятельное посещение им (-ею) СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» (далее – Центр), по адресу: Санкт-Петербург, пр. Космонавтов, д.31 в период действия договора о предоставлении социальных услуг от _____ № _____.

Принимаю на себя ответственность за безопасность, жизнь и здоровье при его самостоятельном передвижении по городу и в периоды между занятиями во время нахождения в Центре.

Мною определены безопасные маршруты передвижения в городской среде с учетом его заболевания, а также разъяснены Правила внутреннего распорядка СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» и расписание занятий.

Меня уведомили, что медицинские услуги до достижения 15 лет оказываются только в присутствии родителей или их законных представителей.

(_____) _____ 20__ года

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Приложение № 9
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Директору СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

от _____
(ФИО получателя социальных услуг/представителя)

зарегистрированного по адресу:

проживающего по адресу:

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

(отказ от самостоятельного посещения ребенком учреждения)

Я, _____, являясь законным
(ФИО законного представителя)
представителем несовершеннолетнего (ей) _____
(ФИО, дата рождения получателя социальных услуг)

и действуя в его интересах, не разрешаю самостоятельное посещение им (-ею)
СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» (далее – Центр), по адресу: Санкт-
Петербург, пр. Космонавтов, д.31 в период действия договора о предоставлении
социальных услуг от _____ № _____.

(_____) _____ 20 __ года

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 10
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания населения
«Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов
Московского района»

(СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района»)

ПРИКАЗ

№ _____

Санкт-Петербург

О зачислении на социальное обслуживание

В соответствии с пунктом 6.5. Устава Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района», утвержденного распоряжением Комитета имущественных отношений Санкт-Петербурга от 04 апреля 2016 года № 590-13,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. На основании заявления от _____ зачислить
(ФИО получателя социальных услуг), _____ (дата) _____ года рождения, на социальное
обслуживание по индивидуальной программе предоставления социальных услуг
_____ с _____ по _____
(№ ИППСУ) (дата начала обслуживания) (дата окончания обслуживания)

2. Отделению _____ (наименование курирующего отделения) _____ (ФИО заведующего отделением)
обеспечить сопровождение процесса реабилитации _____ (ФИО получателя социальных услуг) при
реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Директор _____

форма

НАПРАВЛЕНИЕ
на проведение диагностических мероприятий
№ _____

ФИО получателя социальных услуг _____ № РНСУ _____

1. Социально-медицинская диагностика:

	Врач-невролог	Врач-физиотерапевт	Врач по ЛФК
Кабинет ОСМУ			
Дата			
Время			

При себе необходимо иметь следующие медицинские документы:

- 1) результаты ФЛГ (для взрослых и детей старше 15 лет), действует в течение 1 года;
- 2) сведения о заболевании, по которому установлена инвалидность, и о сопутствующих заболеваниях (выписки из больниц, реабилитационных центров, санаториев, амбулаторные карты, заключения отдельных обследований: МРТ, рентген, КТ, ЭКГ, электронейромиография, результаты анализов крови, мочи, заключения специалистов и рекомендации лечащих врачей);
- 3) при наличии эпилепсии в анамнезе – электроэнцефалограмма, проведенная в течении одного месяца до даты обращения, справка-допуск к реабилитации либо заключение невролога (эпилептолога) с рекомендациями;
- 4) при наличии онкологических заболеваний в анамнезе – заключение онколога об отсутствии противопоказаний к конкретным видам реабилитации – массаж, физиотерапия;
- 5) при наличии сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе – ЭКГ, выполненная в течении одного месяца до даты обращения, заключение кардиолога или терапевта об отсутствии противопоказаний к конкретным видам реабилитации: массаж, бассейн, физиотерапия, лечебная физическая культура;
- 6) выписка из истории развития ребенка (форма № 112/у) – для **детей в возрасте от 0 до 3 лет** (включительно), поступающих на социальное обслуживание в отделение раннего вмешательства.
- 7) для состоящих на учете в ПНД – заключение врача-психиатра об отсутствии противопоказаний для пребывания в реабилитационном учреждении общего типа;
- 8) для состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере – заключение врача-фтизиатра об отсутствии противопоказаний для принятия на социальное обслуживание.

2. Социально-педагогическая диагностика:

	Заведующий отделением
Кабинет ОППУ / ОСТУ	
Дата	
Время	

3. Социально-бытовая и социально-средовая диагностика:

	Заведующий отделением
Кабинет ОСБиКУ	
Дата	
Время	

Специалист ОПиКГ _____

(подпись)

(расшифровка)

(дата)

(линия отреза)

ОБРАТНЫЙ ТАЛОН к направлению на проведение диагностических мероприятий № _____

Направление получено:

Получатель

социальных услуг: _____

(подпись)

(расшифровка)

(дата)

Приложение № 12
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных услуг
в СПб ГБУСОН «Центр социальной
реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»
форма

ПЕРЕЧЕНЬ

документов, хранящихся в личном деле получателя социальных услуг

1. Титульный лист.
2. Документы, предусмотренные Положением о Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов Московского района».
3. План реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг, а также выписки из решений Реабилитационного совета Центра о внесении в него изменений.
4. Социальный паспорт.
5. Заявление о приеме на социальное обслуживание.
6. Заявление о согласии на обработку персональных данных получателя социальных услуг.
7. Согласие получателя социальных услуг или его законного представителя на фото и видеосъемку либо отказ от фото и видеосъемки.
8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
9. Согласие родителей (законных представителей) на социально-психолого-педагогическое сопровождение получателя социальных услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района».
10. Заявление родителей (законных представителей) о самостоятельном посещении получателем социальных услуг Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Московского района».
11. Приказ о зачислении на социальное обслуживание.
12. Договор о предоставлении социальных услуг.
13. Заключение по расчету доходов получателя социальных услуг трудоспособного возраста.
14. Дополнительные соглашения к договору о предоставлении социальных услуг.
15. Обратный талон к направлению проведение диагностических мероприятий.
16. Медицинское заключение ОСМУ, рекомендации об оказании социальных услуг ОППУ, ОСТУ, ОСБиКУ.
17. Договор о предоставлении образовательных услуг на обучение по дополнительным общеобразовательным общеразвивающим программам.
18. Лист динамических наблюдений.
19. Уведомления ОСМУ о корректировке перечня рекомендованных (разрешенных) социально-медицинских услуг.
20. Документы, относящиеся к личности получателя социальных услуг, образующиеся во время его нахождения на социальном обслуживании.
21. Акты о предоставленных социальных услугах, документы об оплате социальных услуг.
22. Заключение о результатах реализации ИППСУ.

Приложение № 13
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»
форма

СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

_____ (№ РНСУ)

_____ (номер договора о предоставлении социальных услуг)

_____ (сроки действия договора о предоставлении социальных услуг (с по))

ЛИЧНОЕ ДЕЛО № _____
(номер личного дела)

ФАМИЛИЯ _____

ИМЯ _____

ОТЧЕСТВО _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Контактный
телефон: _____

Окончено: _____

Приложение № 14
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского
района»

форма

ЖУРНАЛ
передачи договоров о предоставлении социальных услуг

№ п/п	ФИО получателя социальных услуг	Реквизиты договора о предоставлении социальных услуг		Дата передачи получателю социальных услуг договора о предоставлении социальных услуг	Подпись получателя социальных услуг (законного представителя)
		дата	номер		
1	2	3	4	5	6

Приложение № 15
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского
района»

**Санкт-Петербургское
государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания населения
«Центр социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»**

**(СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»)**

ФИО получателя социальных услуг
Адрес:

пр. Космонавтов д. 31, литера А,
Санкт-Петербург, 196211
Тел./факс: (812) 645-79-02
e-mail: csri-mosk@mail.ru
ОКПО 47923597; ОГРН 1147847294726
ИНН/ КПП 7810977894/781001001
ОКПО 47923597; ОГРН 1147847294726
ИНН/ КПП 7810977894/781001001

№ _____
на № _____ от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Уважаемый(ая) _____!

Уведомляем Вас о том, что с _____ г. в соответствии с постановлением Правительства Санкт-Петербурга от _____ № _____ «Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в Санкт-Петербурге на 202__ год» и распоряжением Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от _____ № _____ «Об утверждении тарифов на социальные услуги, предоставляемые поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге на 202__ год», изменяются условия предоставления социальных услуг.

В целях определения условий предоставления Вам (Вашему ребенку/ подопечному) социальных услуг по договору от _____ № _____ просим в срок до _____ предоставить для расчета среднедушевого дохода получателя социальных услуг следующие документы:

1. _____
 2. _____
- ...

В случае непредоставления указанных документов СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» оставляет за собой право в соответствии с пунктом 6 договора о предоставлении социальных услуг приостановить оказание социальных услуг или изменить размер оплаты услуг в одностороннем порядке.

Директор СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

(подпись)

_____ (ФИО)

Исполнитель, № телефона

Приложение № 16
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

**Санкт-Петербургское
государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания населения
«Центр социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»**

**(СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»)**

ФИО получателя социальных услуг
Адрес:

пр. Космонавтов д. 31, литера А,
Санкт-Петербург, 196211
Тел./факс: (812) 645-79-02
e-mail: csri-mosk@mail.ru
ОКПО 47923597; ОГРН 1147847294726
ИНН/ КПП 7810977894/781001001
ОКПО 47923597; ОГРН 1147847294726
ИНН/ КПП 7810977894/781001001

№ _____
на № _____ от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Уважаемый(ая) _____!

Уведомляем Вас о том, что с _____ г. в соответствии с постановлением
Правительства Санкт-Петербурга от _____ № _____ «Об установлении величины
прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам
населения в Санкт-Петербурге на 202__ год» и распоряжением Комитета по социальной политике
Санкт-Петербурга от _____ № _____ «Об утверждении тарифов на социальные услуги,
предоставляемые поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге на 202__ год», с учетом
Вашего среднедушевого дохода изменяются условия предоставления социальных услуг:

.....

Директор СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

(подпись)

(ФИО)

Исполнитель, № телефона

Приложение № 17
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

ОПИСЬ
документов получателя социальных услуг

ФИО получателя социальных услуг _____

№ п/п	Наименование документа	Л.д.

Опись составил:

Специалист _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Лист-заверитель дела № _____

В деле прошито и пронумеровано _____ листов,
(цифрами и прописью)

в том числе:

литерные номера листов _____

пропущенные номера листов _____

листы внутренней описи _____

Особенности физического состояния и формирования дела	Номера листов

Специалист _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

дата _____

Приложение № 18
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
отделения социально-медицинских услуг
СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов
Московского района» о наличии (отсутствии) показания (противопоказаний) для
предоставления социально-медицинских услуг

ФИО получателя социальных услуг		
Дата рождения получателя социальных услуг		
Категория (ИТВ, ДИ, ОВЗ)		
Диагноз (основное заболевание)		
Сопутствующие заболевания		
Состоит ли получатель социальных услуг на диспансерном учете в других государственных медицинских организациях		
Результаты обследований		
Дата составления заключения		
ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДОВАННЫХ (РАЗРЕШЕННЫХ) СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ		
1. Лечебно-оздоровительные мероприятия	Всего услуг	
1.1. Галотерапия (соляная пещера)	рекомендовано	
	не разрешено	
	рекомендуемое количество сеансов	
	в сопровождении	
1.2. Энтеральная оксигенотерапия (кислородный коктейль)	рекомендовано	
	не разрешено	
	рекомендуемое количество сеансов	
1.3. Физиотерапия	рекомендовано	
	не разрешено	
	название процедур, рекомендуемое количество сеансов	
1.4. Массаж	рекомендовано	
	не разрешено	

	лечебный	
	гигиенический	
	общий	
	местный (рекомендованная зона)	
	рекомендованное количество сеансов	
1.5. Лечебная гимнастика	рекомендовано	
	не разрешено	
	индивидуально	
	в группе	
	щадящий режим	
	щадяще-тренирующий режим	
	тренирующий режим	
	рекомендованное количество занятий	
1.6. Механотерапия	рекомендовано	
	не рекомендовано	
1.7. Занятия в костюме «Адели»	рекомендовано	
	количество занятий	
2. Адаптивная физкультура	Всего услуг	
2.1. Занятия в спортивном зале	рекомендовано	
	не разрешено	
	индивидуально	
	в группе	
	щадящий режим	
	щадяще-тренирующий режим	
	тренирующий режим	
	рекомендованное количество занятий	
2.2. Занятия в тренажерном зале:	рекомендовано	
	не разрешено	
	индивидуально	
	в группе	
	щадящий режим	
	щадяще-тренирующий режим	
	тренирующий	
	рекомендованное количество занятий	
	не рекомендовано	
2.3. Занятия в костюме «Атлант»	рекомендовано	
	рекомендованное количество занятий	
2.4. Занятия в бассейне	рекомендовано	
	не разрешено	
	индивидуально	
	в группе	

	щающий режим	
	щающе-тренирующий режим	
	тренирующий	
	свободный режим	
	рекомендованное количество занятий	
2.5. Соревнования, эстафеты	рекомендовано	
	не рекомендовано	
2.6. Осевая нагрузка на позвоночный столб, суставы	рекомендовано	
	не разрешено	
2.7. Группа для занятий АФК и ЛФК (с учетом возраста, уровня физического развития, степени тяжести и структуры нарушений функций организма, состояния сохраненных функций)		

Заведующий ОСМУ _____
(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Получатель социальных услуг _____
(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Приложение № 19
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

РЕКОМЕНДАЦИИ

отделения _____
СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов
Московского района» по итогам диагностических мероприятий

ФИО получателя социальных услуг	
Дата рождения получателя социальных услуг	
Категория (ИТВ, ДИ)	
ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (с указанием формы проведения – индивидуальной или групповой, при проведении групповых занятий – рекомендации по включению получателя в группу с учетом возраста, уровня физического и психического развития, степени тяжести и структуры нарушений функций организма, состояния сохранных функций)	

Заведующий отделением _____
(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Приложение № 20
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского
района»

форма

ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ*

ФИО получателя социальных услуг _____

№ п/п	Дата контрольного мероприятия	Результат контрольного мероприятия			ФИО куратора
		выполняется в полном объеме / не выполняется / выполняется частично	причины невыполнения / частичного выполнения плана реализации ИППСУ	рекомендации, предпринятые меры	
1	2	3	4	5	6

Специалист отделения _____
(наименование курирующего отделения)

СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района»:

(подпись)

(расшифровка подписи)

*заполняется в электронном виде в формате Word, распечатывается и подписывается куратором по окончании срока действия договора о предоставлении социальных услуг и (или) по требованию руководства СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района»

Приложение № 21
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского
района»

форма

ЖУРНАЛ ИНФОРМИРОВАНИЯ КУРАТОРОВ

(наименование структурного подразделения)

дата	ФИО получателя социальных услуг	Содержание информации	Информацию принял (ФИО специалиста курирующего отделения)
1	2	3	4

Приложение № 22
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского
района»

форма

форма

РАСПИСАНИЕ
оказания услуг специалистами отделения

(наименование структурного подразделения)

(ФИО специалиста / площадки)

Время начала занятий	даты								
	01.01.20	...							
09:00 (количество человек)*									
10:00 (количество человек)									
...									

*указывается предельная вместимость группы.

Приложение № 23
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Директору СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

от _____
(ФИО получателя социальных услуг/представителя)

зарегистрированного по адресу:

проживающего по адресу:

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу приостановить оказание мне (моему ребенку / подопечному), _____

_____ (ФИО, дата рождения получателя социальных услуг)

социальных услуг в форме социального обслуживания на дому на период с _____

по _____ (договор о предоставлении социальных услуг от _____

№ _____), по причине _____

(_____) _____ 20__ года

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Приложение № 24
к Порядку реализации индивидуальных
программ предоставления социальных
услуг в СПб ГБУСОН «Центр
социальной реабилитации инвалидов
и детей-инвалидов Московского района»

форма

Директору СПб ГБУСОН
«ЦСРИДИ Московского района»

от _____
(ФИО получателя социальных услуг/представителя)

зарегистрированного по адресу:

проживающего по адресу:

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу возобновить оказание мне (моему ребенку / подопечному), _____

_____ (ФИО, дата рождения получателя социальных услуг)

социальных услуг в форме социального обслуживания на дому с _____ (договор
о предоставлении социальных услуг от _____ № _____).

(_____) _____ 20__ года

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)