

**Государственное казённое учреждение социального обслуживания
Ярославской области
Рыбинский реабилитационный Центр «Здоровье» для детей и подростков
с ограниченными возможностями**

**Перечень документов необходимых,
для признания ребенка нуждающимся в социальном обслуживании**

- заявление (приложение 1)
- копия свидетельства о рождении для детей до 14 лет или паспорта для детей старше 14 (первый лист с фотографией)
- копия выписки из амбулаторной карты (приложение 2)
- копия справки МСЭ о наличии инвалидности (для детей, имеющих статус ребенок-инвалид) и копия индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида (ИПР)
- копия заключения педиатра о наличии (отсутствии противопоказаний) для стационарной формы обслуживания (приложение 3)
- СНИЛС ребенка
- паспорт родителя (законного представителя)
- для семей с опекаемыми и ли приемными детьми дополнительно: копия постановления об установлении опеки и удостоверения опекуна

Приложение 1

Департамент труда и социальной поддержки населения Ярославской области

(наименование уполномоченного органа, в который направляется заявление)

На (от) _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

« » _____,

(дата рождения несовершеннолетнего)

(СНИЛС несовершеннолетнего)

Св-во о рождении (паспорт) № _____ дата выдачи _____

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего)

выдан(о) _____

_____ (гражданство, сведения о месте проживания (пребывания) на территории РФ)

_____ (контактный телефон, e-mail (при наличии))

ОТ ¹ _____

фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя,

паспорт № _____ выдан _____

реквизиты документа, подтверждающего личность представителя,

_____ адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения

ЗАЯВЛЕНИЕ о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить мне (ребенку) _____ социальные услуги в стационарной (полустационарной) форме социального обслуживания оказываемые ГКУ СО ЯО _____ (указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждаюсь (нуждается) в социальных услугах (*желаемое подчеркнуть*):

социально-бытовые услуги

социально-медицинские услуги

социально-психологические услуги

социально-педагогические услуги

социально-трудовые услуги

социально-правовые услуги

услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей.

_____ (в случае нуждаемости в других услугах укажите)

с _____

В предоставлении ² социальных услуг нуждаюсь (нуждается) по следующим обстоятельствам: _____

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности несовершеннолетнего)

Условия проживания и состав семьи:

_____ (указываются условия проживания и состав семьи с указанием условий для детей)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя (ей) социальных услуг _____

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в реестр получателей социальных услуг: _____ (согласен/не согласен)

_____ (подпись) (_____) (Ф.И.О законного представителя и/л.)

« » _____ Г. (дата)

Выписка из амбулаторной карты (истории развития) ребенка

1. Фамилия, имя и отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Диагноз основной (**сокращения не допускаются**) _____

5. Диагноз сопутствующий (**сокращения не допускаются**) _____

6. Перенесенные инфекции, контакты с инфекционными больными _____

7. Анамнестические данные (**подробно**) _____

8. Клинические данные (**статус**) _____

9. Заключение специалистов (**диагноз с осмотрами за последние 6 месяцев**):

невролог, ортопед, логопед, эндокринолог, аллерголог, кардиолог, генетик, психиатр и другие.

Рекомендации по лечению прилагаются к выписке.

10. Для детей с нарушением развития речи - **копия заключения ПМПК центра помощи детям прилагается к выписке.**

11. Проводимое лечение (за последние 6 -12 месяцев) _____

12. Проведенные обследования (**анализ крови, мочи, кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз**)

13. Клинический минимум на туберкулез (**р-я Манту или Д-тест или заключение фтизиатра**)

14. Сведения о профилактических прививках (**вписать полностью**) _____

15. Осмотр на чесотку и педикулез _____

16. Заключение педиатра _____

Врач _____

Дата _____

Приложение 3

Заключение о наличии (отсутствии) заболеваний,

включенных в перечень медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме

от « ____ » _____ 20 ____ г.

1. Выдано _____

(наименование и адрес медицинской организации)

2. Наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, куда представляется _____

3. Фамилия, имя, отчество _____

(Ф.И.О. гражданина или получателя социальных услуг)

4. Пол (мужской/женский) _____

5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства _____

7. Заключение (ненужное зачеркнуть):

Выявлено наличие (отсутствие) заболеваний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме.

Председатель врачебной комиссии: _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)

М.П.

ПЕРЕЧЕНЬ медицинских противопоказаний,

в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме

№ п/п	Наименование заболеваний	Код заболеваний по МКБ-10
1.	Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева	A15; A17-A19
2.	Злокачественные новообразования, сопровождающиеся обильными выделениями	C00-C97
3.	Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями	F01; F03-F09; F20-F29; F30-F33
4.	Эпилепсия с частыми припадками	G40-G41
5.	Трахеостома, каловые, мочевые свищи, пожизненная нефростома, стома мочевого пузыря (при невозможности выполнения реконструктивной операции на мочевых путях и закрытия стомы), не корригируемое хирургически недержание мочи, противоестественный анус (при невозможности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта), пороки развития лица и черепа с нарушением функции дыхания, жевания, глотания	Z93.0; Z93.2-Z93.6; K63.2; N28.8; N32.1-N32.2; N36.0; N39.4; N82; Q35-Q37; Q67.0-Q67.4;
6.	Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого	J85.0-J85.2
7.	Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым	L10; L12.2; L12.3; L13.0; L88; L98.9
8.	Лепра	A30
9.	Заболевания, осложненные гангреной конечности	A48.0; E10.5; E11.5; E12.5; E13.5; E14.5; I70.2; I73.1; I74.3; R02
10.	Высококонтрагиозные инфекционные заболевания (корь, краснуха, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, ветряная оспа, грипп), инфекции, вызванные кишечной этиологии, а также лихорадки неясной этиологии	B05, B06, B26, A39, B01, J10, A08.0, A08.1, A08.3

Департамент труда и социальной поддержки населения Ярославской области

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

№ _____

(дата составления)

1. ФИО ребенка _____

2. Пол **ж/м** 3. Дата рождения _____

4. Адрес места жительства: почтовый индекс _____ город (район) _____
 село _____ улица _____ дом № _____ корпус _____ квартира _____

Адрес места работы: почтовый индекс _____ город (район) _____ улица _____ дом № _____ телефон _____

5. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа

6. **Свид-во о рождении(паспорт)** _____

7. Контактный телефон, e-mail (при наличии) _____

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____

9. Форма социального обслуживания: стационарная/ полустационарная

10. Виды социальных услуг:

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 , помещений для организации реабилитационных мероприятий трудотерапии и культурно-досуговой и иных помещений согласно нормативам Правительством ЯО				
2	обеспечение питания согласно нормативам , утвержденным Правительством ЯО				
3	обеспечение мягким инвентарем и другими предметами вещевого довольствия, согласно нормативам , утвержденным Правительством ЯО				
4	уборка жилых помещений, помещений для организации реабилитационных мероприятий, и иных помещений, используемых для предоставления услуг				
5	организация досуга и отдыха				
6	предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья к самостоятельному уходу				

II. Социально-медицинские

№ п/п	Наименование социально- медицинской услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг				
2	проведение оздоровительных мероприятий				
3	систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья				
4	консультирование по социально-медицинским вопросам				
5	услуги по проведению первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки				

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				
2	Социально-психологический патронаж				
3	Оказание психологической (экстренной) помощи и поддержки				

IV. Социально-педагогические

№ п/п	Наименование социально - педагогической услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование				

V. Социально-трудовые

№ п/п	Наименование социально - трудовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	проведение мероприятий по развитию трудовых навыков (возможностей)				

VI. 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 и восстановлении документов получателей социальных услуг, а также оказание помощи в получении юридических услуг				

VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов

№ п/п	Наименование социально-трудовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
1	проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания				
2	обучение навыкам поведения в быту и общественных местах				

11. Условия предоставления социальных услуг: все социальные услуги оказываются в зоне доступности клиента, созданы условия комфортности, своевременности, информированности, профессиональной грамотности, этики, эстетического оформления, в соответствии с договором о предоставлении социальных услуг.

12. 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.)
ГКУ СО ЯО РЦ «Здоровье»	Ярославская область, г. Рыбинск, ул. 50 лет ВЛКСМ, д.52	55-00-47 55-68-53 rybinsk-reabdeti@mail.ru
ГКУ СО ЯО ЦСПС и Д	Ярославль, ул. Маланова, д. 12	8-4852-74-64-21 detihelp1@rambler.ru

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг	Причина отказа	Дата отказа	Подпись получателя социальных услуг

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

Вид социального сопровождения	Получатель социального сопровождения	Отметка о выполнении

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

(подпись)

(расшифровка подписи)

Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг уполномоченного органа Ярославской области

(должность лица, подпись)

_____ С.К.Трифорова _____

(расшифровка подписи)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг

(фамилия, имя отчество клиента учреждения)

от _____ № ИП _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг реализована
полностью (не полностью)

(нужное подчеркнуть)

- Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-бытовых услуг: _____
- Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-медицинских услуг: _____
- Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-психологических услуг: _____
- Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-педагогических услуг: _____
- Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-трудовых услуг: _____
- Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-правовых 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 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)

(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20 _____ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании

(об отказе в социальном обслуживании) № _____

Уважаемая/ый, _____,
департаментом труда и социальной поддержки населения Ярославской области рассмотрено Ваше заявление о предоставлении социальных услуг Вашей/му дочери/сыну, _____ от _____ с приложенными документами.

По результатам рассмотрения заявления и документов принято решение о **признании** _____ нуждающейся/щимся в социальном обслуживании и **предоставлении** социальных услуг в стационарной/полустационарной форме.

об отказе в признании _____ нуждающейся в социальном обслуживании и отказе в предоставлении социальных услуг в стационарной/полустационарной форме.

Причина отказа:

_____ (заполняется в случае принятия решения об отказе в предоставлении социального обслуживания)

Решение может быть Вами обжаловано в досудебном и судебном порядке.

Заместитель директора
департамента труда и
социальной поддержки населения ЯО

(подпись)

___С.К. Трифонова___
(расшифровка подписи)

Исполнитель О.Е. Демич
8-(4852)-400-347