Утверждено

 приказом директора

 МКУ КЦСОН

 № 85 от «29»декабря 2015 г

**АКТ №**

**проверки качества предоставления социальных услуг на дому**

Дата составления «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата посещения получателя услуг |  |
| Состав комиссии | Заместитель директора Юрисконсульт Заведующий отделением  |
| Ф.И.О. подопечного, дата рождения |  |
| Адрес подопечного |  |
| Ф.И.О. социального работника |  |
| Ф.И.О. заведующего отделением |  |
| Дата зачисления на обслуживание, условия обслуживания |  |
| Величина среднедушевого дохода, категория |  |
| Регулярность посещения подопечного |  |
| Объем услуг:- гарантированные- дополнительные |  |
| Качество обслуживания |  |
| Последняя дата посещения заведующим отделения |  |
| Нуждается ли в обслуживании |  |
| Примечания |  |

 Председатель комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.Г. Смирнова

 Члены комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_