Приложение 1
к договору о предоставлении социальных
услуг от «___» _____ 20__ г. № ____

Муниципальное казенное учреждение
«Комплексный центр социального обслуживания населения»
Миасского городского округа Челябинской области»

проспект Макеева, д.8б, Миасс Челябинской области, 456320. Тел.: (8-3513) 52-75-20, ОКПО 21621781,
ОГРН 1027400873356, ИНН 7415008659 КПП 741501001

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

«____» _____ 20 __ г. № _____
(дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество при наличии) _____
2. Пол _____ 3. Дата рождения _____
4. Адрес места жительства:
почтовый индекс _____ город (район) _____
село _____ улица _____
дом № _____ корпус _____ квартира _____ телефон _____
5. Адрес места работы:
почтовый индекс _____ город (район) _____
улица _____ дом _____ телефон _____
6. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего
личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа _____
_____
_____
7. Адрес электронной почты (при наличии) _____.
8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана
впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____.
9. Форма (формы) социального обслуживания _____.
10. Виды социальных услуг:

I. Социально-психологические

№ п/п	Наименование социально-психологической услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

II. Социально-педагогические

№ п/п	Наименование социально-педагогической услуги и формы социального	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

	обслуживания				

III. Социально-трудовые

№ п/п	Наименование социально-трудовой услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

IV. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг

№ п/п	Наименование услуги и формы социального обслуживания	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

11. Условия предоставления социальных услуг: _____
(указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом формы социального обслуживания)

_____

_____.

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

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

_____ _____
(подпись законного представителя получателя социальных услуг) (расшифровка подписи)

Лицо, уполномоченное на подписание индивидуальной программы предоставления социальных услуг Муниципального казенного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения» Миасского городского округа Челябинской области»

Директор	_____	С.И. Клыкова
(должность лица)	(подпись)	(расшифровка подписи)

М.П.

Заключение о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг от «____» _____ 20 ___ г. № _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть).
Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-психологических социальных услуг _____.
Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-педагогических социальных услуг: _____.
Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-трудовых социальных услуг: _____.
Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг: _____
_____
_____.

Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг 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 предоставления социальных услуг)	(расшифровка подписи)

«___» _____ 20___ г.

М.П.