

Акт
оценки индивидуальной потребности гражданина в предоставлении
социального обслуживания

от «_»_____20__г.

№_____

_____ (наименование организации социального обслуживания)

I. Общие сведения

Ф.И.О. _____

Дата подачи заявления (для обращающихся): _____

Обращается: первично, повторно (для обращающихся): _____

Число, месяц, год рождения: _____ Пол: _____

Адрес регистрации по месту жительства: индекс, город (район), улица, дом, корпус, квартира: _____

Адрес фактического проживания: индекс, город (район), улица, дом, корпус, квартира: _____

Телефон: домашний (по месту регистрации) (по месту жительства),

Мобильный _____

Адрес электронной почты: _____

Документ, удостоверяющий личность: серия, номер, кем выдан, дата выдачи _____

Образование (отметить, получает ли образование в настоящее время) _____

Основная профессия _____

Общий трудовой стаж, дата назначения пенсии _____

Категория гражданина: _____

Документ, подтверждающий категорию _____ серия _____,

Номер, дата выдачи _____

Наличие действующей индивидуальной программы реабилитации инвалида, выданной учреждением медико-социальной экспертизы: нет, да:

Серия, № документа _____, дата выдачи _____,

Кем выдан _____

Наличие индивидуальной программы предоставления социальных услуг: нет, да: серия: _____, № документа _____, дата выдачи _____, кем выдан _____

II. Социально-экономический статус

Доход гражданина (семьи): _____

№	ФИО	Вид дохода (в т.ч. виды льгот)	Доход за двенадцать последних месяцев, предшествующих дате подачи заявления, руб
	ИТОГО		

Среднедушевой доход заявителя (семьи) _____ рублей.

Жилищные условия и имущественное положение

Жилищные условия: дом; квартира (количество комнат____; комната в коммунальной квартире, общежитии, другое_____)

Этаж____, лифт (да, нет), пандус (да, нет).

Отсутствие жилья (причины):_____

Удаленность жилья от:

транспортных коммуникаций (ближайшей остановки маршрутных транспортных средств) (км) _____

продовольственных и промтоварных магазинов (км) _____

почты, кредитных учреждений (км)_____

расстояние до источника водоснабжения (км)_____

Наличие удобств (подчеркнуть): отопление централизованное, автономное газовое, с использованием привозного сырья (уголь, торф, дрова), водоснабжение централизованное (холодная, горячая вода (газовая колонка), колодец, родник, колонка для набора воды, ванная, баня, стиральная машинка (механическая, автомат), канализация (да, нет) (подчеркнуть),

другое_____

Обстановка в квартире: наличие необходимой мебели (перечислить)_____

Наличие специальных средств для адаптации инвалида в быту (в квартире, в подъезде, во дворе)_____

Наличие подсобного хозяйства: дача (соток); участок земли _____соток); рогатый скот, птица, пчёлы (указать)_____

IV. Семейное положение

Семейный статус: одинокий (ая); одинокие супружеские пары, проживающий (ая) с иными родственниками, другое_____

Семейно-бытовые взаимоотношения: нормальные, сложные, иное (расшифровать)_____

Наличие вредных привычек заявителя (семьи заявителя): да (перечислить), нет.

Наличие внутрисемейных конфликтов: личностных отношений с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, пристрастием к азартным играм, с психическим расстройством, применяющими физическое или психологическое насилие, в том числе в семье, семейного насилия, противоправного поведения родителей или иных законных представителей несовершеннолетних, неисполнение ими своих обязанностей по воспитанию детей, их обучению и (или) содержанию, жестокое обращение с детьми, наличие риска для рождения и

развития ребенка (нужное подчеркнуть).

Сведения о трудоспособных родителях, супругах, совершеннолетних детях, обязанных в соответствии с действующим семейным законодательством содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родственников

ФИО	Родственное отношение, дееспособность, трудоспособность	Виды поддержки и ухода, периодичность, условия оказания помощи	Место работы, учебы

Сведения об иных физических и юридических лицах, оказывающих помощь: соседи, знакомые, общественные организации, волонтеры (подчеркнуть), иное _____
периодичность помощи _____
условия оказания помощи (бесплатно, за плату) _____

Возможности выполнения различных видов деятельности и оценка факторов риска

Количество баллов по шкале Бартела (с приложением анкеты): _____

Количество баллов по шкале Лаутона (с приложением анкеты): _____

Общее количество баллов по шкале Бартела и шкале Лаутона: _____

Возможность выполнения бытовой деятельности: утрачена полностью, утрачена частично, не утрачена.

Способность к самостоятельному проживанию: утрачена полностью, утрачена частично; не утрачена.

Способность к независимой от посторонней постоянной помощи жизни: утрачена полностью, утрачена частично; не утрачена.

Способность к интеграции в общество: сохранена в полном объеме, сохранена частично, полностью утрачена.

Степень социально-бытовой адаптации: выраженные ограничения, частичные ограничения; не ограничена.

Степень социально - средовой адаптации: выраженные ограничения, частичные ограничения; не ограничена.

Стремление к компенсации имеющихся нарушений: активное, маловыраженное, отсутствует.

Выявленные факторы риска, отягощающие или способствующие возникновению трудной жизненной ситуации: отсутствие родственников (полное отсутствие, по месту проживания, в данном населённом пункте, другое), одиночество; проживание в доме с частичными удобствами, проживание в доме без удобств, аварийное состояние жилья, отсутствие жилья, в том числе вследствие пожара и других непредвиденных обстоятельств, сложная психологическая обстановка, несовместимость проживания с родственниками, высокий риск для жизни вследствие отсутствия наблюдения; другие факторы (перечислить) _____

Выявленные факторы, положительно влияющие на жизненную ситуацию: наличие лиц, осуществляющих реальный уход (постоянный, разовый), позитивный настрой гражданина, активное стремление к компенсации имеющихся нарушений, наличие удобств, наличие и использование вспомогательных технических средств реабилитации, компактное размещение объектов социально-бытовой сферы вблизи от места проживания гражданина или в районе проживания гражданина, другие факторы (перечислить)

Потребность в постоянной, периодической или разовой посторонней помощи вследствие частичной или полной утраты способности к самообслуживанию и (или) самостоятельному передвижению _____

Заключение Комиссии по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг

Социальное обслуживание показано, не показано (подчеркнуть)

Наличие противопоказаний (да, нет) (подчеркнуть) каких _____

Рекомендованные формы социального обслуживания (подчеркнуть):

1. предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;
2. предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания;
3. предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания со специальным социальным обслуживанием;
4. предоставление социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания.

Рекомендованные виды социальных услуг (подчеркнуть): социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

Наименование необходимой социальной услуги	Кратность предоставления (в неделю/месяц)	Среднее время, рекомендуемое для оказания социальных услуг (за единицу, мин.)	Время оказания необходимых социальных услуг в неделю/месяц (фактически)

Продолжительность предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому:

на постоянной основе, на временной основе на срок до _____

Продолжительность предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания:

на постоянной основе, на временной основе на срок до _____

Продолжительность предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания со специальным социальным обслуживанием:
на постоянной основе, на временной основе на срок до _____

Продолжительность предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания:
на временной основе на срок до _____.

Условия предоставления социального обслуживания

Предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому: бесплатно, с частичной оплатой, с полной оплатой.

Предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания: с полной оплатой.

Предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания со специальным социальным обслуживанием: с полной оплатой.

Предоставление социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания: бесплатно, с частичной оплатой, с полной оплатой.

Дополнительные данные _____

Дата: _____

№		Подпись
1	Председатель комиссии: ФИО	
2	Секретарь комиссии: ФИО	
3	Члены комиссии: ФИО ФИО ФИО	

