



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ
КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 170
от «01» июня 2023 г.

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ОБЛАСТИ**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

25.05.2023

№ 43

г. Киров

**О внесении изменений в распоряжение министерства
социального развития Кировской области от 11.02.2019 № 1
«Об организации работы по признанию граждан
нуждающимися в социальном обслуживании»**

1. Внести изменения в распоряжение министерства социального развития Кировской области от 11.02.2019 № 1 «Об организации работы по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании» (с изменениями, внесенными распоряжением министерства социального развития Кировской области от 22.03.2023 № 22), утвердив изменения в Порядке организации работы по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании, составлению и пересмотру индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласно приложению.

2. Настоящее распоряжение вступает в силу через 10 дней после его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.05.2023.

Министр
социального развития
Кировской области О.Ю. Пулятьева



Приложение

УТВЕРЖДЕНЫ

распоряжением министерства
социального развития
Кировской области
от 15.05.2023 № 43

ИЗМЕНЕНИЯ

**в Порядке организации работы по признанию граждан нуждающимися
в социальном обслуживании, составлению и пересмотру
индивидуальной программы предоставления социальных услуг**

1. В разделе 2 «Признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании»:

1.1. Пункт 2.5 изложить в следующей редакции:

«2.5. Для сверки данных, указанных в заявлении, представленном в письменной форме, заявитель предъявляет:

документ, удостоверяющий личность гражданина;

документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета».

1.2. Подпункт 2.8.2.2 подпункта 2.8.2 пункта 2.8 изложить в следующей редакции:

«2.8.2.2. Оформляет и направляет посредством ведомственной информационной системы в форме электронного документа в личный кабинет заявителя Портала госуслуг уведомление об отказе или уведомление о приеме документов».

1.3. Пункт 2.16 изложить в следующей редакции:

«2.16. Заявление, документы, уведомление о приеме, анкета-опросник формируются в личное дело гражданина и хранятся в ИАЦ у экспертов по оценке нуждаемости».

2. Приложение № 1 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 1.

3. Приложение № 7 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению № 2.

Приложение № 1

Приложение № 1
к Порядку

ДОКУМЕНТЫ,
подтверждающие наличие обстоятельств, указанных в заявлении, которые ухудшают или могут ухудшить
условия жизнедеятельности гражданина, а также документы, необходимые для определения рекомендуемой
формы социального обслуживания и перечня поставщиков социальных услуг

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
1	Полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности		
1.1	Форма социального обслуживания на дому	1. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в единой автоматизированной информационной системе социальной защиты населения Кировской области (далее – ЕАИС). 2. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, В, Г, Д)	-
1.2	Стационарная форма социального	1. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной	Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о нуждаемости по состоянию здоровья для

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
	обслуживания	<p>утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 «Об утверждении форм медицинских заключений» (далее – распоряжение департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468) <5>.</p> <p>2.Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>3.Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, В (за исключением граждан, указавших в заявлении в качестве желаемого поставщика социальных услуг реабилитационные центры), Г (пункт 3.2), Д</p>	<p>получения социальных услуг в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа, психоневрологического типа с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 <1></p>
1.3	Полустационарная форма социального обслуживания	<p>1.Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения</p>	-

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
		<p>Кировской области от 01.06.2015 № 468.</p> <p>2.Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>3.Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, В (за исключением граждан, указавших в заявлении в качестве желаемого поставщика социальных услуг реабилитационные центры), Г (пункт 3.2), Д</p>	
2	Наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе		
2.1	Форма социального обслуживания на дому	<p>1.Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы, или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2.Медицинское заключение о нуждаемости инвалида в постоянном постороннем уходе.</p> <p>3.Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, В (за исключением пункта 4), Д)</p>	-
2.2	Стационарная форма социального обслуживания	1.Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих	1. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
		<p>инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2. Медицинское заключение о нуждаемости инвалида в постоянном постороннем уходе.</p> <p>3. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, В, Г (пункт 3.2), Д</p>	<p>(наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 <6>.</p> <p>2. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о нуждаемости по состоянию здоровья для получения социальных услуг в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа, психоневрологического типа с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 <2></p>
3		Отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними	
3.1	Стационарная форма социального обслуживания	<p>1. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2. Медицинское заключение о нуждаемости инвалида в постоянном постороннем уходе (для граждан имеющих инвалидность).</p> <p>3. Документ, выданный органом опеки и попечительства, подтверждающий факт отсутствия возможности обеспечения ухода за ребенком или</p>	<p>1. Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468. <6></p> <p>2. Копия выписки из протокола заседания врачебной</p>

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
		детьми, инвалидом, признанным в установленном порядке недееспособным. 4. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, В, Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)	комиссии о нуждаемости по состоянию здоровья для получения социальных услуг в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа, психоневрологического типа с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 <2>
4	Наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации		
4.1	Стационарная форма социального обслуживания	1. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для детей, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС. 2. Характеристика из образовательной организации (для детей, посещающих образовательные организации). 3. Заключение специалиста (педагога-психолога, психолога, социального педагога) о наличии трудностей в социальной адаптации. 4. Заключение психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии). 5. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, Д)	Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 <3>
4.2	Полустационарная форма социального	1. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-	Копия выписки из протокола заседания врачебной комиссии о состоянии здоровья (частичной или полной

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
	обслуживания	<p>социальной экспертизы (для детей, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2. Характеристика из образовательной организации (для детей, посещающих образовательные организации).</p> <p>3. Заключение специалиста (педагога-психолога, психолога, социального педагога) о наличии трудностей в социальной адаптации.</p> <p>4. Заключение психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии).</p> <p>5. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, Д)</p>	<p>утрате способности к самообслуживанию) и отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для социального обслуживания с датой выдачи не более 3 последних календарных месяцев, предшествующих месяцу подачи заявления, по форме, утвержденной распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 01.06.2015 № 468 <3></p>
5			Наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье
5.1	Полустационарная форма социального обслуживания	<p>1. Копия выписки из медицинской карты гражданина о том, что он прошел курс медицинской реабилитации от наркомании, алкоголизма или токсикомании <4>.</p> <p>2. Зарегистрированное в правоохранительных органах заявление (сообщение) о причинении физического и (или) сексуального насилия (при наличии).</p> <p>3. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, блоки Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)</p>	-
6			Отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
6.1	Полустационарная форма социального обслуживания	Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, В (за исключением пункта 4), Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)	Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для граждан, имеющих инвалидность), при наличии, или сведения, имеющиеся в ЕАИС
7	Отсутствие работы и средств к существованию		
7.1	Полустационарная форма социального обслуживания	1.Справка органа государственной службы занятости населения о регистрации гражданина в качестве безработного и размере получаемого пособия по безработице. 2.Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, блоки Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)	-
8	Наличие у ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет отставания в физическом и умственном развитии, нарушений здоровья, которые с высокой вероятностью могут привести к задержке в развитии		
8.1	Полустационарная форма социального обслуживания	1.Направление организаций образования, или здравоохранения, или социального обслуживания в службу ранней помощи. 2.Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной учреждением медико-социальной экспертизы (для детей, имеющих инвалидность), или сведения, имеющиеся в ЕАИС. 3.Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б (за исключением	-

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
		пункта 4), Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)	
9	Наличие дефицита коммуникативных связей в связи с ограниченным социумом, а также трудностей в организации досуга у:		
9.1	Неработающих граждан трудоспособного возраста, имеющих инвалидность и степени ограничений способности к общению и/или контролю за своим поведением		
9.1.1	Полустационарная форма социального обслуживания	<p>1.Копия трудовой книжки с последней записью об увольнении, или информация о трудовой деятельности и трудовом стаже работника, или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2.Копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида либо индивидуальной программы реабилитации инвалида либо протокола медико-социальной экспертизы гражданина либо акт освидетельствования бюро МСЭ, выданные учреждением медико-социальной экспертизы, или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>3.Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, блоки Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)</p>	-
9.2	Неработающих граждан, достигших общеустановленного пенсионного возраста		
9.2.1	Полустационарная форма социального обслуживания	<p>1.Копия трудовой книжки с последней записью об увольнении, или информация о трудовой деятельности и трудовом стаже работника, или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2.Анкета-опросник для определения индивидуальной</p>	-

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
		потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, блоки Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)	
9.3	Неработающих лиц, осуществляющих уход за инвалидом, имеющим 2 - 3 степени ограничения основных категорий жизнедеятельности, а также за ребенком-инвалидом		
9.3.1	Полустационарная форма социального обслуживания	<p>1. Копия трудовой книжки с последней записью об увольнении, или информация о трудовой деятельности и трудовом стаже работника, или сведения, имеющиеся в ЕАИС.</p> <p>2. Копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида либо индивидуальной программы реабилитации инвалида либо протокола медико-социальной экспертизы гражданина либо акт освидетельствования бюро МСЭ, выданные учреждением медико-социальной экспертизы, или сведения, имеющиеся в ЕАИС, лица, за которым осуществляет уход заявитель.</p> <p>3. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, блоки Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)</p>	-
10	Наличие у граждан, имеющих инвалидность, рекомендаций в получении мероприятий по социальной реабилитации и абилитации, указанных в индивидуальной программе реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)		
10.1	Полустационарная форма социального	1. Копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) либо	-

№ п/п	Заявленная форма социального обслуживания	Наименование документа, подтверждающего наличие обстоятельства	Документы, необходимые для определения рекомендуемой формы социального обслуживания и (или) перечня поставщиков социальных услуг
	обслуживания	индивидуальной программы реабилитации инвалида, выданной учреждением медико-социальной экспертизы, или сведения, имеющиеся в ЕАИС. 2. Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, Г (пункт 3.2 при необходимости), Д)	
11	Наличие у гражданина расстройства адаптации, в том числе вызванного смертью близкого человека		
11.1	Полустационарная форма социального обслуживания	Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, Д)	-
11.2	Стационарная форма социального обслуживания	Анкета-опросник для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (подлежат заполнению блоки А, Б, Д)	-

<1> Не представляется в случае обращения за предоставлением социальных услуг в реабилитационных центрах и детском доме-интернате.

<2> Не представляется в случае обращения за предоставлением социальных услуг в детском доме-интернате.

<3> Представляется в случае обращения за предоставлением социальных услуг в детских реабилитационных центрах.

<4> Представляется гражданами, прошедшими курс лечения от наркомании, алкоголизма или токсикомании, лицами, зависимыми от употребления психоактивных веществ (наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя).

<5> Представляется в случае обращения за предоставлением социальных услуг в реабилитационных центрах и детском доме-интернате.

<6> Представляется в случае обращения в детский дом-интернат.

Приложение № 2

Приложение № 7
к Порядку

Дополнение
к индивидуальной программе предоставления социальных услуг (ИППСУ)

_____ № _____ Статус _____
(дата составления ИППСУ) (ИППСУ) (первичная, повторная, очередная ИППСУ)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____ Пол _____ СНИЛС _____

**Социальный пакет долговременного ухода, предоставляемый гражданину
бесплатно в форме социального обслуживания на дому, условия его
предоставления**

1. Установлен уровень нуждаемости в уходе _____
2. Объем социального пакета долговременного ухода в неделю в соответствии с установленным уровнем нуждаемости в уходе (в часах) _____
3. Объем назначенного социального пакета долговременного ухода в неделю (в минутах/часах) _____
4. Условия предоставления социального пакета долговременного ухода:
 - 4.1. Количество дней в неделю, в течение которых гражданину предоставляются социальные услуги по уходу _____
 - 4.2. Ежедневное распределение количества посещений гражданина помощником по уходу по дням недели:

Дни недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1 раз в день							
2 раза в день							
3 раза в день							

- 4.3. Ежемесячное распределение объема социального пакета долговременного ухода по неделям и дням недели:

Количество расчетных недель в месяц – 5	1 неделя	2 неделя	3 неделя	4 неделя	5 неделя
Количество расчетных дней – 30	5 дней	7 дней	7 дней	7 дней	4 дня

4.4. Еженедельное распределение перечня и объема социальных услуг по уходу¹, включенных в социальный пакет долговременного ухода и предоставляемых в соответствии с рекомендуемыми стандартами², на получение которых выражено согласие:

на 1 неделе месяца

Наименование социальной услуги по уходу	Объем и периодичность социальной услуги по уходу	Пн		Вт		Ср		Чт		Пт		Сб		Вс		Итого (в мин.)
		Кратность	Объем (в мин.) ³	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	
Итого (в мин.)																

на 2 неделе месяца

Наименование социальной услуги по уходу	Объем и периодичность социальной услуги по уходу	Пн		Вт		Ср		Чт		Пт		Сб		Вс		Итого (в мин.)
		Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	
⁴																
Итого (в мин.)																

¹ Перечень социальных услуг по уходу заполняется в соответствии с перечнем социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода, предусмотренный приложением № 6 к Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе (далее – Типовая модель), утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.12.2022 № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

² Рекомендуемые стандарты социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода, предусмотренные приложением № 7 к Типовой модели.

³ В графе указывается суммарный объем времени, затрачиваемого на предоставление социальной услуги по уходу с учетом ее кратности.

⁴ На 2 и 4 неделях месяца включаются социальные услуги по уходу, периодичность которых составляет 2 раза в месяц (гигиеническая обработка рук и ногтей, помощь в гигиенической обработке рук и ногтей).

на 3 неделе месяца

Наименование социальной услуги по уходу	Объем и периодичность социальной услуги по уходу	Пн		Вт		Ср		Чт		Пт		Сб		Вс		Итого (в мин.)
		Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	
5																
Итого (в мин.)																

на 4 неделе месяца

Наименование социальной услуги по уходу	Объем и периодичность социальной услуги по уходу	Пн		Вт		Ср		Чт		Пт		Сб		Вс		Итого (в мин.)
		Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	
4																
Итого (в мин.)																

на 5 неделе месяца

Наименование социальной услуги по уходу	Объем и периодичность социальной услуги по уходу	Пн		Вт		Ср		Чт		Пт		Сб		Вс		Итого (в мин.)
		Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	Кратность	Объем (в мин.)	
Итого (в мин.)																

4.5. Ежемесячный объем социального пакета долговременного ухода (в минутах/часах):

Ежемесячный объем	в мин.	в часах
Общая продолжительность времени на предоставление социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода, в месяц		
Общее количество социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода		

⁵ На 3 неделе месяца включаются социальные услуги по уходу, периодичность которых составляет 1 раз месяц (гигиеническая обработка ног и ногтей, помощь в гигиенической обработке ног и ногтей, гигиеническая стрижка).

5. Перечень социальных услуг по уходу, не включенных в социальный пакет длительного ухода, поскольку их предоставление гарантируется гражданами, осуществляющими уход (из числа ближайшего окружения):

Наименование социальной услуги по уходу	Фамилия, имя, отчество лица, гарантирующего предоставление социальной услуги по уходу, статус
Общее количество социальных услуг по уходу, не включенных в социальный пакет длительного ухода ⁶	

6. Перечень социальных услуг по уходу, не включенных в социальный пакет длительного ухода, предоставление которых гражданину не требуется:

Наименование социальной услуги по уходу
Общее количество социальных услуг по уходу, не включенных в социальный пакет длительного ухода ⁷

7. Сроки предоставления социальных услуг по уходу, включенных в пакет длительного ухода: _____

8. Поставщик социальных услуг: _____

(название организации, контакты)

С содержанием социального пакета длительного ухода, предоставляемого в форме социального обслуживания на дому, согласен (согласна).

(подпись гражданина или его законного представителя)

(ФИО)

⁶ Вносятся услуги, в предоставлении которых помощник по уходу участия не принимает. Наименование услуг должно соответствовать исчерпывающему перечню социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет длительного ухода, предусмотренный приложением № 6 к Типовой модели.

⁷ Общее количество социальных услуг по уходу, вносимых в разделы 4 – 6 настоящего дополнения к индивидуальной программе, должно соответствовать исчерпывающему перечню социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет длительного ухода, предусмотренный приложением № 6 к Типовой модели.

Правильность составления дополнения к индивидуальной программе предоставления социальных услуг подтверждаю⁸:

_____	_____	_____
(должность)	(ФИО)	(подпись)

М. П. _____

(дата составления дополнения к ИППСУ)

⁸ Настоящее дополнение к индивидуальной программе подписывается уполномоченным представителем органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан субъекта Российской Федерации или уполномоченного данным органом организации, не являющийся поставщиком социальных услуг.