**Индивидуальная программа социального сопровождения**

Ф.И.О. (при наличии) клиента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель социального сопровождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование мероприятия** | **Необходимые мероприятия** | **Отметка о выполнении, дата** |
| **1. Необходимость оказания услуг учреждениями социальной защиты** | | |
| **1.1. ГБУ «КЦСОН»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  |
| Оказание помощи |  |  |
| Принятие на надомное обслуживание |  |  |
| Принятие на социальный патронаж |  |  |
| Помещение в учреждения стационарного социального обслуживания |  |  |
| Помещение в учреждения здравоохранения |  |  |
| Оказание дополнительных социальных и иных платных услуг |  |  |
| Другое |  |  |
| **1.2. ГКУ «Центр социальной поддержки населения»** | |  |
| Оказание мер социальной поддержки |  |  |
| Оформление опекунства |  |  |
| **2. Необходимость оказания услуг через межведомственное взаимодействие** | | |
| Органы местного самоуправления |  |  |
| Органы здравоохранения |  |  |
| МСЭК |  |  |
| Пенсионный Фонд РФ |  |  |
| Фонд мед.страхования |  |  |
| Фонд соц.страхования |  |  |
| Коммунальные службы |  |  |
| Органы полиции |  |  |
| Миграционная служба |  |  |
| Органы Пожнадзора |  |  |
| Центр занятости |  |  |
| Ритуальные услуги |  |  |
| Учреждения культуры и спорта |  |  |
| Религиозные организации |  |  |
| **3. Общественные организации, в том числе:** | |  |
| Общество инвалидов |  |  |
| Общество ветеранов |  |  |
| **4. Другие службы** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Работа с родственниками и соседями клиента** | |
| **Необходимые мероприятия** | **Отметка о выполнении, дата** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Подпись специалиста:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата составления Программы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отметка о снятии гражданина с социального сопровождения:

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

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

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

Подпись специалиста:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_