Приложение 4 к приказу

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ:

Начальник Управления социальной

защиты населения по г. Нижневартовску

и Нижневартовскому району

О.В. Журавлева

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017

Индивидуальная программа социального сопровождения

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

(наименование учреждения)

1. Ф.И.О. получателя услуг по социальному сопровождению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. № ИППСУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, к протоколу комиссии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Категория гражданина, нуждающегося в социальном сопровождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4.Выявленная проблема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5.Уровень социального сопровождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Срок социального сопровождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Куратор (ответственный специалист) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Мероприятия социального сопровождения:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование мероприятий по социальному сопровождению | Срок исполнения | Субъект взаимодействия | Результат |
| 1. Содействие в оказании медицинской помощи | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2. Содействие в оказании психологической помощи | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3. Содействие в оказании юридической помощи | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4. Содействие в оказании социальной помощи | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5. Содействие в оказании педагогической помощи | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

9. С содержанием индивидуальной программы социального сопровождения согласен\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя, расшифровка подписи)

Руководитель учреждения социального обслуживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность лица, подпись)  **(**расшифровка подписи)

Заключение межведомственной комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ о выполнении мероприятий по социальному сопровождению (решению выявленной проблемы): программа реализована полностью/не полностью (нужное подчеркнуть)