

ГБУ СО РК «Центр помощи детям № 7» город Сортавала

(наименование организации, составившей акт)

(ФИО гражданина)

Представить сведения для оценки условий жизнедеятельности
СОГЛАСЕН/НЕ СОГЛАСЕН

(нужное подчеркнуть)

(подпись гражданина/законного представителя)

(дата)

(ФИО специалиста организации, составившей акт)

(линия отреза)

Акт

оценки условий жизнедеятельности совершеннолетнего гражданина

от «__» _____ 20__ года

I. Сведения об условиях жизнедеятельности

1. Сведения о гражданине:

Ф.И.О. гражданина (полностью)	
Дата рождения	
Адрес фактического проживания (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом)	
Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) (почтовый индекс, район, населенный пункт, улица, дом)	
Место работы с указанием должности и адреса (для работающих граждан)	
Наличие инвалидности (группа)	
Относится ли заявитель к числу одиноких граждан, полностью утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности	

2. Обращение за предоставлением социальных услуг:

☐

впервые

☐

повторно

3. Сведения о предыдущих индивидуальных программах предоставления социальных услуг:

п/п	Дата	Номер	Форма социального обслуживания	Срок действия	Информация о выполнении (реализована, необходимо продлить, необходимо внести изменения)

4. Условия проживания

Проживает в стационарном учреждении социального обслуживания, и не имеет жилья ☐

Проживает в стационарном учреждении социального обслуживания, и имеет жилье ☐

- жилье благоустроенное, полублагоустроенное, неблагоустроенное
- состояние жилья (пригодное/непригодное для проживания)

Жилищные условия: ¹

- отдельная квартира, свой дом, комната в общежитии или в коммунальной квартире, барак
- жилье благоустроенное, полублагоустроенное, неблагоустроенное
- общая, жилая площадь _____, количество комнат _____
- санитарное состояние помещений (хорошее/удовлетворительное/плохое/антисанитарное)
- состояние жилья (пригодное/непригодное для проживания)
- жилье в собственности, социальный найм, съемное
- жилье отсутствует (причины)

Наличие коммунальных удобств:		холодная вода		горячая вода	
канализация		ванная		баня	
центральное отопление		печное отопление		потребность в топливе	
этаж		лифт		мусоропровод	

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

5. Барьеры во внешнем окружении: ¹

- колонка _____ метров
- продуктовый магазин _____ метров
- аптека _____ метров
- транспорт _____ метров
- почтовое отделение, кредитная организация _____ метров

Примечания: _____

6. Характеристики имущественного положения ¹

Наличие бытовой техники и предметов первой необходимости (+/-):

- Электрическая/газовая плита
- Стиральная машинка
- Постельные принадлежности, спальное место
- Кухонная утварь
- Одежда, обувь

7. Семейное положение: ¹

Семейный статус:

одиноким (ая) ☐

одиноко проживающий (ая) ☐

одинокая (одиноко проживающая) супружеская пара ☐

проживает в семье близких или иных родственников ☐

иное (указать)

8. Гражданин признан недееспособным ☐

Установлено опекунов:

Да ☐

Ф.И.О., контактные данные опекуна _____

Нет ☐

Функции законного представителя осуществляет стационарное учреждение социального обслуживания ☐

9. Сведения о членах семьи, проживающих совместно с гражданином: ¹

Степень родства	Ф.И.О.	Контактный телефон	Виды и периодичность помощи

--	--	--	--

10. Характеристика ситуации в семье: ¹

10.1. Есть ли проблемы во взаимоотношениях с совместно проживающими членами семьи, конфликты в семье:	да		нет	
Причины конфликтов (кратко охарактеризовать):				
10.2. Наличие ребенка, детей, испытывающих трудности в социальной адаптации:	да		нет	
В чем выражаются трудности в социальной адаптации ребенка, детей (кратко охарактеризовать)				
10.3. Иные сведения о членах семьи и ситуации в семье, необходимые для оценки условий жизнедеятельности гражданина				

11. Сведения о родственниках, проживающих отдельно:

Ф.И.О. (полностью)	Степень родства	Адрес проживания, контактный телефон	Виды и периодичность помощи

12. Возможности выполнения различных видов деятельности и оценка факторов риска²

1. Количество баллов по шкале Бартела (с приложением анкеты): _____
2. Количество баллов по шкале Лаутона (с приложением анкеты): _____
3. Общее количество баллов по шкале Бартела и шкале Лаутона: _____
4. Степень зависимости гражданина от посторонней помощи: _____

Выявлены факторы, положительно влияющие на жизненную ситуацию: наличие лиц, осуществляющих реальный уход (постоянный, разовый), позитивный настрой гражданина,

¹ не заполняется в отношении граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания

² заполняется в отношении граждан, указанных в пункте 14 Порядка

активное стремление к компенсации имеющихся нарушений, наличие и использование технических средств реабилитации, компактное размещение объектов социально-бытовой сферы вблизи от места проживания гражданина или в районе проживания гражданина, другие факторы (указать) _____

13. Состояние здоровья гражданина (подчеркнуть):

Зрение (зрячий, пользуется очками, слабовидящий, незрячий)

Слух (абсолютный слух и понимание, слабослышащий, глухой)

Способность говорить и выражать мысли на родном языке (способен говорить и выражать мысли, не способен говорить и выражать мысли)

Болевые ощущения при движении (есть, нет)

Иные сведения о состоянии здоровья гражданина, необходимые для оценки условий его жизнедеятельности _____

14. Использование индивидуальных вспомогательных средств:

Инвалидная коляска ☐

Трость ☐

Слуховой аппарат ☐

Очки ☐

Костыли ☐

Ходунки ☐

Другое (указать) _____

Достоверность сведений об условиях жизнедеятельности подтверждаю

Ф.И.О. гражданина

(законного представителя) _____ Подпись _____

II. Рекомендации на основании сведений об условиях жизнедеятельности

1. Выявленные обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности гражданина (в соответствии со ст. 15 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»):

2. Потребность гражданина в предоставлении помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение) (указать конкретный вид помощи)

медицинской _____
психологической _____
педагогической _____

юридической _____
 социальной _____
 иной помощи _____

3. Рекомендуемая форма социального обслуживания:

стационарная ☐ полустационарная ☐ на дому ☐

4. Социальные услуги, рекомендуемые гражданину:

п/п	Наименование социальных услуг ³	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Услуга предусмотрена в рамках выписки ИПРА
1. Социально-медицинские:					
1.1	Проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни	1 раз	еженедельно		
2. Социально-педагогические:					
2.1	Формирование позитивных интересов (в т.ч. в сфере досуга)	1 раз	еженедельно		
2.2	Организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия)	1 раз	еженедельно		
2.3	Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование	2 раза	еженедельно		
3. Социально-психологические:					
3.1	Психологическая помощь и поддержка, включая диагностику и консультирование	2 раза	еженедельно		
3.2	Социально-психологический патронаж	1 раз	еженедельно		
4. Социально-правовые:					

³ в соответствии с перечнем социальных услуг, утвержденным Законом Республики Карелия от 16 декабря 2014 года № 1849-ЗРК «О некоторых вопросах организации социального обслуживания граждан в Республике Карелия»

4.1	Оказание помощи в получении юридических услуг				
4.2	Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг				
4.3	Оказание помощи в оформлении и восстановлении документов получателей социальных услуг				
5. Социально-трудовые:					
5.1	Оказание помощи в трудоустройстве	1 раз	по мере необходимости		

Акт оценки условий жизнедеятельности составлен:

(Ф.И.О. специалиста организации социального обслуживания)	(должность, контактный телефон)	(подпись)

Согласовано:

(Ф.И.О. руководителя (руководителя подразделения) организации социального обслуживания)	(должность, контактный телефон)	(подпись)

Акт оценки условий жизнедеятельности принят:

(отделение по работе с гражданами Центра социальной работы)

(Ф.И.О. специалиста)	(должность, контактный телефон)	(подпись)

Согласовано:

(Ф.И.О. руководителя отделения по работе с гражданами Центра социальной работы)	(должность, контактный телефон)	(подпись)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.