|  |  |
| --- | --- |
|  | ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" |
| *(наименование органа,* |
|  |
| *в который представляется заявление)* |
| от |  |
|  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)* |
|  |
| *(дата рождения гражданина)* |
|  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность / свидетельства о рождении для граждан РФ в возрасте до 14 лет: |
| серия и номер |  |
| дата выдачи |  |
| кем выдан |  |
| код подразделения |  |
| гражданство |  |
|  |
| *сведения о месте регистрации и фактическом месте проживания* |
|  |
| *номер индивидуальной программы реабилитации и абилитации (при наличии)* |
|  |
| Реквизиты документа, содержащего сведения о наличии нарушений способности к самообслуживанию (справка/медицинское заключение) (при наличии): |
| номер документа |  |
| дата выдачи |  |
| *(контактный телефон, e-mail (при наличии))* |
| от |  |
| *(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения, представляющих интересы гражданина,* |
|  |
|  |
|  |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя* |
|  |
|  |
|  |
| *реквизиты документа, подтверждающего личность представителя, сведения о месте регистрации и фактическом месте проживания представителя, адрес нахождения государственного органа, органа местного самоуправления, общественного объединения)* |

|  |
| --- |
| Заявлениео предоставлении государственной услуги по признанию гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг |
|  |
| Прошу признать меня/ несовершеннолетнего /доверителя |
| *(нужное отметить, дописать)* |
| нуждающимся(-ейся) в социальном обслуживании по следующим обстоятельствам: * полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
* наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;
* наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;
* отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;
* 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;
* 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;
* отсутствие работы и средств к существованию
 |
| в следующей форме социального обслуживания *(нужное отметить, выбрать можно только одну форму социального обслуживания и заполнить анкету, указанную в приложении к заявлению для соответствующей формы и категории гражданина)** стационарной форме с постоянным проживанием (*приложение 1 к заявлению для совершеннолетних граждан)*
* стационарной форме с временным проживанием (*приложение 1 к заявлению для совершеннолетних граждан, приложение 2 к заявлению для несовершеннолетних граждан, приложение 3 для граждан, подвергшихся насилию в семье)*, в том числе требуются:

дополнительные социально-медицинские услуги:* физиопроцедуры
* массаж
* фитопроцедуры
* лечебная физкультура
* водные процедуры
* полустационарной форме (*приложение 1 к заявлению для совершеннолетних граждан, приложение 2 к заявлению для несовершеннолетних граждан, приложение 3 к заявлению для родителей (иных законных представителей) несовершеннолетнего)*, в том числе требуются:

дополнительные социально-медицинские услуги:* физиопроцедуры
* массаж
* фитопроцедуры
* лечебная физкультура
* водные процедуры
* на дому (*приложение 1 к заявлению для совершеннолетних граждан, приложение 2 к заявлению для несовершеннолетних граждан)*, в том числе требуются:
* обеспечение присмотра (сиделка)
 |
| Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в регистр получателей социальных услуг: |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | . |
|  | (согласен/не согласен) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О.)* |  | *дата заполнения заявления* |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаю: |
| Наименование документа | Количество документов |
| Согласие гражданина на обработку персональных данных |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Обязуюсь в письменной форме уведомить ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства и др.) |
|  | . |
| (подпись) |  |

|  |
| --- |
| Результат рассмотрения заявления прошу: |
|  | выдать на руки в филиале ЦСЗН |
|  | выдать на руки в МФЦ, расположенном по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(только при подаче заявления лично в ЦСЗН или МФЦ)* |
|  | направить в электронной форме в личный кабинет на ПГУ ЛО/ЕПГУ (при наличии технической возможности) |

|  |  |
| --- | --- |
| Сотрудником  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *(наименование филиала/отдела ЦСЗН или МФЦ)* |
| удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(подпись, расшифровка подписи)* |

|  |
| --- |
| Заполняется специалистом ЦСЗН*(в случае подачи заявления и документов через ЦСЗН)* |
|  |
| Заявление и документы в количестве \_\_\_\_\_ шт. приняты от *(нужное подчеркнуть)*:- заявителя (представителя заявителя)"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года и зарегистрированы в журнале регистрации под № \_\_\_\_. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Специалист ЦСЗН |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |

|  |
| --- |
|  |
| Расписка-уведомление о приеме заявления и документовдля предоставления государственной услуги*(заполняется специалистом ЦСЗН в случае приема заявления**и документов от заявителя (представителя) ЦСЗН)* |
| Заявление гр. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| и поименованные в заявлении документы в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_ штук принял и зарегистрировал "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
| Специалист ЦСЗН |  |  |  | телефон |  |
|  | *(подпись)* |  | *(фамилия, инициалы)* |  |  |

|  |
| --- |
| АНКЕТА (**ПРИЛОЖЕНИЕ** к заявлению о предоставлении государственной услуги по признаниюгражданина нуждающимся в социальном обслуживании и составлениюиндивидуальной программы предоставления социальных услуг**)** ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****(ФИО совершеннолетнего заявителя)** |
| **1. Социально-бытовые услуги (в дополнение к основному пакету услуг):** |
| **Наименование услуги** | **Максимальное количество услуг в месяц****в соответствии****с тарифами** | **Индивидуальная потребность/****количество услуг** |
| Отправка за счет средств получателя социальных услуг почтовой корреспонденции  | стационарная форма | **2** |  |
| на дому | **2** |  |
| Помощь в приеме пищи (кормление) | стационарная форма | **155** |  |
| на дому | **23** |  |
| Обеспечение за счет средств получателя социальных услуг книгами, газетами, журналами, настольными играми | стационарная форма | **1** |  |
| Помощь в одевании и переодевании | стационарная форма | **62** |  |
| Помощь в ежедневных гигиенических процедурах | стационарная форма | **155** |  |
| Смена подгузников и абсорбирующего белья лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход | стационарная форма | **93** | 1 раз/день |
| 2 раз/день |
| 3 раз /день |
| Сопровождение в туалет или высаживание на судно лиц, не способных по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход | стационарная форма | **155** | 1 раз/день |
| 2 раз/день |
| 3 раз /день |
| 4 раз/день |
| 5 раз/день |
| Мытье (помощь в мытье) | стационарная форма | **4** |  |
| Бритье (помощь в бритье) бороды и усов | стационарная форма | **8** |  |
| Стрижка волос | стационарная форма | **1** |  |
| Покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания, лекарственных препаратов, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов | на дому | **10** |  |
| Помощь в приготовлении пищи | на дому | **9** |  |
| Оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг и услуг связи | на дому | **2** |  |
| Сдача за счет средств получателя социальных услуг вещей в стирку, химчистку, ремонт, обратная их доставка | на дому | **2** |  |
| Покупка за счет средств получателя социальных услуг топлива (в жилых помещениях без центрального отопления) | на дому | **1 раз в 3 мес.** |  |
| Топка печей (в жилых помещениях без центрального отопления) | на дому | **10** |  |
| Обеспечение водой (в жилых помещениях без центрального водоснабжения) | на дому | **10** |  |
| Организация помощи в проведении ремонта жилых помещений | на дому | **2** |  |
| Препровождение получателей социальных услуг от места жительства до органов государственной власти Ленинградской области, иных государственных органов Ленинградской области, а также до расположенных на территории Ленинградской области органов государственной власти, иных государственных органов, органов местного самоуправления, государственных учреждений, муниципальных учреждений, организаций торговли, культуры, бытового обслуживания населения, кредитных организаций, управляющей организации, общественной организации или мест голосования, а также обратно до места жительства получателя социальной услуги | на дому | **1** |  |
| Предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно выполнять их | полустационарная формана дому | **23** |  |
| Уборка жилых помещений | на дому | **9** |  |
| Обеспечение присмотра | на дому | **248** |  |
| **2.Социально-медицинские услуги (в дополнение к основному пакету услуг):** |
| Проведение занятий по адаптивной физической культуре *(предоставляется получателям социальных услуг, имеющим инвалидность)* | стационарная форма,полустационарная форма | **8** |  |
| Проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни | стационарная форма,полустационарнаяформа | **2** |  |
| Проведение оздоровительных мероприятий: |  |  |  |
| Лечебная физкультура *(предоставляется получателям социальных услуг только при наличии медицинских показаний по рекомендации врача, содержащейся в медицинском заключении)* | стационарная форма | **15** *3 курса в год), не более 45 услуг в год)* |  |
| полустационарная форма | **23** |
| Массаж *(предоставляется получателям социальных услуг только при наличии медицинских показаний по рекомендации врача, содержащейся в медицинском заключении)* | стационарная форма,полустационарная форма | **10** *(2 курса в год)**не более 20 услуг в год* |  |
| Физиопроцедуры | полустационарная форма | **10** |  |
| Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, проведение оздоровительных мероприятий, наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья) | полустационарная форма | **4** |  |
| Выполнение процедур, связанных с организацией ухода, наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарственных препаратов и др.) | полустационарная формана дому | **23** |  |
| Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья | на дому | **4** |  |
| **3.Социально-психологические услуги (в дополнение к основному пакету услуг):** |
| Социально-психологическое консультирование в том числе по вопросам внутрисемейных отношений, включая диагностику и коррекцию  | стационарная форма,полустационарная форма | **9** |  |
| на дому | **4** |  |
| Социально-психологический патронаж | полустационарная форма | **23** |  |
| на дому | **9** |  |
| **4.Социально-педагогические услуги (в дополнение к основному пакету услуг):** |
|  Формирование позитивных интересов получателей социальных услуг (в том числе в сфере досуга)  | стационарная форма | **8** |  |
| Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование *(предоставляется получателям социальных услуг в психоневрологических интернатах на общем отделении)* | стационарная форма | **8** |  |
| Логопедическая профилактика и коррекция когнитивных дисфункций, в том числе возраст-ассоциированных | стационарная форма | **9** |  |
| **5.Социально-трудовые услуги (в дополнение к основному пакету услуг):** |
| Проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам *(предоставляется получателям социальных услуг по заключению врачебной комиссии с участием врача-психиатра и рекомендациям ИПРА)* | стационарная форма, | **20** |  |
| полустационарная форма | **9** |  |
| Организация помощи в получении образования и (или) профессии инвалидами в соответствии с их способностями, оказание помощи в трудоустройстве *(предоставляется получателям социальных услуг, имеющим инвалидность, по заключению врачебной комиссии с участием врача-психиатра и рекомендациям ИПРА)* | стационарная форма,полустационарная форма | **1** |  |
| Оказание помощи в трудоустройстве в рамках социальной интеграции | полустационарная форма | **1** |  |
| на дому | **2** |  |
| **6.Социально-правовые услуги (в дополнение к основному пакету услуг):** |
| Оказание помощи в оформлении и(или) восстановлении документов получателей социальных услуг | стационарная форма,полустационарная форма | **1** |  |
| на дому |
|  Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг | стационарная форма,полустационарная форма | **1** |  |
| на дому | **2** |  |
| Оказание помощи в получении юридических услуг (*в том числе бесплатно*) | на дому | **1** |  |
| **7.Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности** **(в дополнение к основному пакету услуг):** |
| Оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности | стационарная форма,полустационарная форма | **4** |  |
| Обучение инвалидов пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации *(предоставляется получателям социальных услуг, имеющим инвалидность)* | стационарная форма, | **2** |  |
| полустационарная форма | **23** |
| Обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах в рамках социальной интеграции | полустационарная форма | **2** |  |
| на дому | **23** |  |
| Проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания | полустационарная форма | **9** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_**

**(ФИО, подпись заявителя (представителя заявителя) (Дата)**