УТВЕРЖДАЮ:

Начальник Управления социальной

защиты населения по г. Нижневартовску

и Нижневартовскому району

О.В. Журавлева

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

Индивидуальная программа социального сопровождения семьи

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

(наименование учреждения)

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

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

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

3.Категория семьи, нуждающейся в социальном сопровождении\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4.Критерии (показатели) нуждаемости семей с детьми в оказании им комплексной помощи посредством организации социального сопровождения\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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)

\* В соответствии с приказом Депсоцразвития Югры от 18.11.2016 № 776-р

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)