

Муниципальное бюджетное учреждения «Реабилитационный центр для
детей и подростков с ограниченными возможностями» Волховского
муниципального района

РАССМОТРЕН:
на общем собрании
протокол от «11» сентября 2011 года № 1

УТВЕРЖДЕН:
приказом
МБУ «Реабилитационный центр»
от «11» сентября 2011 года № 68а



ПРАВИЛА

**приема и прекращения предоставления социальных услуг в
полустационарной форме детям- инвалидам и детям с ОВЗ
(ограниченными возможностями здоровья), нуждающихся в социальных
услугах в муниципальном бюджетном учреждении «Реабилитационный
центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»**

1.1 Правила приема и прекращения предоставления социальных услуг в **полустационарной форме** детям-инвалидам и детям с **ОВЗ, нуждающихся в социальных услугах** (далее – Правила) в МБУ «Реабилитационный центр» (далее – Учреждение) разработаны в соответствии с Постановлением Правительства Ленинградской области от 09.12.2014 года №579 (ред.от 18.08.2016 г.) «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Ленинградской области», административным регламентом предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по признанию гражданина, нуждающимся в социальном обслуживании (за исключением признания гражданина, нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме с постоянным проживанием) и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг – ИППСУ (Приказ Комитета по социальной защите населения Ленинградской области №37 от 22.12.2014 г.), Уставом учреждения, СанПиН 2.4.1. 3049-13 от 30.07.2013 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях».

1.2 Настоящие правила определяют правила приема воспитанников в учреждение для предоставления услуг в полустационарной форме.

1.3 Настоящие правила разработаны в целях соблюдения законности при приеме детей в учреждение.

2 Правила приема воспитанников и комплектования полустационарного отделения учреждения.

2.1. В соответствии с пунктом 2.21. Административного регламента предоставления на территории Ленинградской области государственной услуги по признанию гражданина, нуждающимся в социальном обслуживании социальные услуги могут оказываться проживающим на территории Ленинградской области гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим иностранным гражданам и лицам без гражданства, беженцам, в том числе несовершеннолетним детям в возрасте от 3-х до 18 лет, детям - инвалидам: в возрасте от рождения до 3-х лет - в полустационарных формах социального обслуживания, в возрасте от 3-х лет до 18 лет - в полустационарной и стационарной формах (с временным проживанием) социального обслуживания и на дому.

2.2. Постановка на учет и зачисление детей – инвалидов и детей с ОВЗ в учреждение осуществляется в течение всего календарного года при наличии свободных мест и при наличии у родителей (законных представителей) индивидуальной программы предоставления социальных услуг - ИППСУ, разработанной Комитетом социальной защиты населения Волховского муниципального района Ленинградской области.

2.3. Прием осуществляет специалист по социальной работе. Официальные дни приема граждан по вопросам постановки на учет детей в учреждение: понедельник - пятница с 08.00 до 17.00 часов; зачисление воспитанников - в дни начала курса реабилитации с 08.00 до 17.00 часов.

2.4. В перечень документов, необходимых для предоставления социальной услуги в полустационарной форме получателю социальных услуг, являющемуся несовершеннолетним, в том числе ребенком-инвалидом, входят:

- заявление (приложение №1);
- индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ) (Приложение №2);
- документ, удостоверяющий личность получателя социальных услуг (оригинал и копия документа, оригинал документа незамедлительно возвращается);
- документ, удостоверяющий личность представителя получателя социальных услуг (оригинал и копия документа, оригинал документа незамедлительно возвращается), в случае если заявление и документы подаются представителем получателя социальных услуг;
- документ, подтверждающий полномочия представителя получателя социальных услуг (оригинал и копия документа, оригинал документа незамедлительно возвращается), в случае если заявление и документы подаются представителем получателя социальных услуг;
- полис обязательного медицинского страхования (оригинал и копия документа, оригинал документа незамедлительно возвращается);
- страховой номер индивидуального лицевого счёта;
- согласие гражданина на обработку персональных данных (Приложению №3);
- заключение медицинской организации о состоянии здоровья несовершеннолетнего гражданина, нуждающегося в социальном обслуживании, и необходимости получения социально-медицинских услуг с объемом предоставления услуг, периодичностью, сроком предоставления услуги;

- индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее – ИПРА ребенка-инвалида), выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- справка МСЭ.

2.5. После приема документов учреждение заключает договор через АИС (автоматизированную информационную систему) о предоставлении социальных услуг с перечнем социальных услуг в полустационарной форме с родителями (законными представителями) ребенка, включающий в себя взаимодействие сторон, основание изменения и расторжения договора, ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, срок действия договора и другие условия. Договор о предоставлении социальных услуг составляется в 2-х экземплярах с выдачей одного экземпляра родителям (законным представителям).

2.6. Договор о предоставлении социальных услуг регистрируется в Журнале регистрации договоров о социальном обслуживании в МБУ «Реабилитационный центр» (приложение № 4).

2.7. На каждого ребенка при зачислении заводится личное дело, в котором хранятся представленные документы.

2.8. Родителям (законным представителям) ребенка может быть отказано в приеме ребенка в учреждение при отсутствии свободных мест и по медицинским показаниям.

2.9. Прекращение предоставления социальных услуг в полустационарной форме производится в следующих случаях:

- по личной инициативе гражданина (его законного представителя);
- окончание сроков предоставления социальных услуг в полустационарной форме в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг ИППСУ и(или) истечение срока договора о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;
- нарушение гражданином (его законным представителем) условий договора о предоставлении социальных услуг;

2.10. После издания распорядительного акта о зачислении ребенка в учреждение, ребенок снимается с учета детей, нуждающихся в предоставлении места в учреждении.

**МБУ «Реабилитационный центр для детей
и подростков с ограниченными возможностями»**
(наименование органа (поставщика социальных услуг),
ВОЛХОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
в который предоставляется заявление)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
_____,
(дата рождения (СНИЛС гражданина) гражданина)
_____,
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания)
_____,
на территории Российской Федерации)
_____,
(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, адрес места жительства, адрес
нахождения государственного органа, органа местного
самоуправления, общественного объединения)

Заявление
о предоставлении социальных услуг

Прошу предоставить социальные услуги в форме социального обслуживания _____, оказываемые
(указывается форма социального обслуживания)

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)
Нуждаюсь в социальных услугах:

(указываются желаемые социальные услуги и периодичность их предоставления)

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия

жизнедеятельности гражданина)

Условия проживания и состав семьи: _____.
(указываются условия проживания и состав семьи)

Сведения о доходе, учитываемые для расчета величины среднедушевого дохода получателя(ей)
социальных услуг [3](#):

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](#) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" [4](#) для включения в регистр получателей социальных услуг: _____.

(согласен/не согласен)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) "____" _____ г.
(дата заполнения заявления)

К заявлению прилагаю:

Наименование документа	Количество документов
копию паспорта гражданина Российской Федерации	
согласие гражданина на обработку персональных данных	
копия свидетельства о рождении	
заключение медицинской организации	
копия справки об инвалидности	
копия индивидуальной программы реабилитации	
справка о составе семьи	
копию доверенности	

Обязуюсь в письменной форме уведомить органы социальной защиты населения о наступлении обстоятельств, влияющих на предоставление услуги (перемена места жительства, и др.)

_____.
(подпись)

Заполняется в случае подачи заявления через уполномоченное лицо:

Сведения об уполномоченном лице:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____

Адрес места

жительства _____

Документ, удостоверяющий личность:

Тип документа	Серия	Номер
	Дата выдачи	Кем выдан

Документ, удостоверяющий полномочия уполномоченного лица:

Тип документа	Серия	Номер
	Дата выдачи	Кем выдан

Дата " ____ " _____ 20 ____ г. _____

(подпись доверенного лица)

(фамилия, инициалы)

Сотрудником _____

(наименование органа социальной защиты населения)

удостоверен факт собственноручной подписи заявителя в заявлении _____

(подпись, расшифровка подписи)

Заполняется специалистом органа социальной защиты населения

(в случае подачи заявления и документов через орган социальной защиты населения)

Заявление и документы в количестве _____ шт. приняты от (нужное подчеркнуть): заявителя (представителя заявителя)

« ____ » _____ 20 ____ года и зарегистрированы в журнале регистрации под № _____.

Специалист КСЗН _____

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Приложение 2

к административному регламенту предоставления на территории
Ленинградской области

ОРГАН СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА (ГОРОДСКОГО ОКРУГА) ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

№ _____

_____ (дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
2. Пол _____ 3. Дата рождения _____
4. Адрес места жительства:
почтовый индекс _____ город (район) _____
село _____ улица _____ дом № _____
корпус _____ квартира _____ телефон _____
5. Адрес места работы:
почтовый индекс _____ город (район) _____
улица _____ дом _____ телефон _____
6. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа

7. Контактный e-mail (при наличии) _____
8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____
9. Форма социального обслуживания _____
10. Виды социальных услуг

I. Социально-бытовые

№; п/п.	Наименование социально-бытовой услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

II. Социально-медицинские

№; п/п.	Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуги в месяц	Периодичность предоставления услуги.	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

III. Социально-психологические

№; п/п.	Наименование социально- психологической услуги	Объем предоставления услуги в месяц	Периодичность предоставления услуги.	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

IV. Социально-педагогические

№; п/п.	Наименование социально- педагогической услуги	Объем предоставления услуги в месяц	Периодичность предоставления услуги.	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

V. Социально-трудовые

№; п/п.	Наименование социально-трудовой услуги	Объем предоставления услуги в месяц	Периодичность предоставления услуги.	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

VI. Социально - правовые

№; п/п.	Наименование социально-правовой услуги	Объем предоставления услуги в месяц	Периодичность предоставления услуги.	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов

№; п/п.	Наименование услуги	Объем предоставления услуги в месяц	Периодичность предоставления услуги.	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

Примечания:

1. Объем предоставления социальной услуги указывается с соответствующей единицей измерения (например, м², шт., место, комплект и т.п.) в случаях, когда объем может быть определен единицами измерения.
2. При заполнении графы «срок предоставления услуги» указывается дата начала предоставления социальной услуги и дата ее окончания.
3. При заполнении графы «отметка о выполнении» поставщиком социальных услуг делается запись: «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины).

11. Условия предоставления социальных услуг¹: _____

(поставщиком социальных услуг указываются необходимые условия, которые должны соблюдаться поставщиком социальных услуг при оказании социальных услуг с учетом _____ формы _____ социального обслуживания) _____

—

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

Наименование поставщика социальных услуг	Адрес места нахождения поставщика социальных услуг	Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, e-mail и т.п.)

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальной услуги	Причины отказа	Дата отказа	Подпись получателя социальных услуг

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

¹ Получатель социальных услуг имеет право на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации

Вид социального сопровождения	Получатель социального сопровождения ²	Отметка о выполнении ³

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг согласен

(подпись получателя социальных услуг или его законного представителя⁴)

(расшифровка подписи)

Лицо, уполномоченное на
подписание индивидуальной программы
предоставления социальных услуг
уполномоченного органа
субъекта Российской Федерации

(должность лица, подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Получатель социальных услуг имеет право на соблюдение иных условий предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания, установленных законодательством Российской Федерации

Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины)

Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись

² Получатель социальных услуг, родители, опекуны, попечители, иные законные представители несовершеннолетних детей

³ Организация, оказывающая социальное сопровождение ставит отметку: «выполнено», «выполнено частично», «не выполнено» (с указанием причины)

⁴ Подчеркнуть статус лица, поставившего подпись

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг
от _____ № _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг
Реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-бытовых услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-медицинских услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-психологических услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-педагогических услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-трудовых услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-правовых услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-

инвалидов: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий по социальному сопровождению: _____

Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг применительно к улучшению условий жизнедеятельности и (или) расширению возможностей получателя социальных услуг самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Рекомендации: _____

(подпись лица, уполномоченного
на подписание индивидуальной
программы предоставления социальных услуг)

(расшифровка подписи)

М.П.

«__» _____ 20---г.

Согласие гражданина
на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. заявителя (уполномоченного лица) полностью)
« _____ » _____ года рождения,
Документ, удостоверяющий личность _____
Серия _____ номер _____ Дата выдачи « _____ » _____ г.
кем выдан _____
Адрес регистрации: _____
Полномочия подтверждены _____

(наименование и реквизиты доверенности или иного документа,
подтверждающего полномочия уполномоченного лица)

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных
данных»

даю согласие _____,

(наименование органа социальной защиты, адрес – далее оператор)

на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты рождения, паспортных данных, места жительства, сведений, содержащихся в представленных документах, фотографии) с целью получения мер социальной поддержки в сфере социальной защиты населения, а именно сбор, использование, систематизацию, передачу, накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение), распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам, участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован (а), что оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва мною, указанного в личном заявлении, заполненного в произвольной форме, поданного оператору.

Подпись заявителя _____
(подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

Согласие заявителя зарегистрировано _____
(дата, номер регистрации)

Принял _____
(дата приема заявления) (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Согласие на обработку персональных данных гражданки (гражданина) _____
зарегистрировано _____

(дата, регистрационный номер заявления)

Принял _____
(дата приема) (подпись специалиста) (фамилия, инициалы)

ЖУРНАЛ
Регистрации договоров и заявлений о предоставлении социальных услуг
и принятых по ним решениях

№ п/п	Регистрационный номер договора. заявления	Дата регистрации*	Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего	Дата рождения	Категория	адрес регистрации	Ф.И.О. подписавших договор		курс реабилитации	Отделение
							родитель/законный представитель	учреждение		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

В настоящем документе прошито,
пронумеровано и скреплено печатью

5 (шесть)

лист дв

Директор



Давидович Г. А.



В настоящем документе прошито,
пронумеровано и скреплено печатью

Г.А. Давидович
листьев *2*

Директор Давидович Г.А.



