



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
П Р И К А З

от 20 июля 2022

№ 726

**О мерах по реализации
постановления Правительства
Москвы от 6 июля 2022 г.
№ 1426-ПП**

В целях реализации постановления Правительства Москвы от 6 июля 2022 г. № 1426-ПП «О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП» в части обеспечения возможности обращения за предоставлением социального обслуживания на дому совершеннолетним гражданам и социального обслуживания в стационарной форме совершеннолетним гражданам (в том числе недееспособным), не относящимся к категориям лиц, подвергшихся насилию, лиц, занимающихся бродяжничеством, и лиц без определенного места жительства, рассмотрения указанных обращений и принятия решений по таким обращениям

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Правила определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании (приложение 1).

1.2. Форму заявления о признании нуждающимся в социальном обслуживании (приложение 2).

1.3. Форму решения о признании нуждающимся в социальном обслуживании (приложение 3).

1.4. Форму решения об отказе в признании нуждающимся в социальном обслуживании (приложение 4).

2. Признать утратившими силу:

2.1. Приказ Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 21 августа 2019 г. № 794 «Об упорядочении процедуры выбора гражданами, признанными нуждающимися в социальном обслуживании на дому, поставщика социальных услуг из числа организаций, включенных в Реестр поставщиков социальных услуг города Москвы».

2.2. Приказ Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 31 декабря 2019 г. № 1459 «Об особенностях предоставления социального обслуживания в городе Москве с 1 января 2020 г.».

2.3. Пункты 2 и 3 приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 30 декабря 2020 г. № 1589 «О внесении изменений в приказы Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и признании утратившими силу отдельных положений приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 31 декабря 2019 г. № 1459».

3. Управлению организации социального обслуживания на дому **(Романова О.С.)** обеспечить организационно-методическое сопровождение при реализации Правил определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании в отношении управлений социальной защиты населения административных округов города Москвы, Управлению организации стационарного социального обслуживания **(Фирсова Т.И.)** обеспечить организационно-методическое сопровождение при реализации Правил определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании в отношении Государственного бюджетного учреждения города Москвы Геронтологический центр «Левобережный» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей руководителя Департамента **Келлера П.А.** и **Шалыгину О.В.**

**Исполняющий обязанности
руководителя Департамента**



П.А. Келлер

**Правила
определения индивидуальной потребности гражданина
в социальном обслуживании**

1. Общие положения

1.1. Правила определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании устанавливают состав и последовательность действий, направленных на определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, критерии определения формы предоставления социального обслуживания, порядок проведения дополнительных оценочных мероприятий, направленных на определение формы предоставления социального обслуживания, а также порядок оформления и выдачи направления на получение совершеннолетними гражданами социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и совершеннолетними гражданами (в том числе недееспособными), не относящимися к категориям лиц, подвергшихся насилию, лиц, занимающихся бродяжничеством, и лиц без определенного места жительства, социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания, включая правила определения рекомендуемого поставщика социальных услуг из числа включенных в Реестр поставщиков социальных услуг города Москвы (далее – поставщик социальных услуг), и типа организации социального обслуживания.

1.2. Определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании проводится в целях установления:

1.2.1. Полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности (далее – самообслуживание).

1.2.2. Формы предоставления социального обслуживания, соответствующей утрате способности либо возможности осуществлять самообслуживание.

1.2.3. Индивидуального набора социальных услуг, соответствующего утрате способности либо возможности осуществлять самообслуживание.

1.2.4. Рекомендуемого поставщика социальных услуг.

1.3. Определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе формы социального обслуживания и перечня социальных услуг, осуществляется с использованием:

1.3.1. Оценки возможности осуществления самообслуживания, самостоятельного передвижения, обеспечения основных жизненных потребностей

в силу заболевания, их совокупности и особенности течения, травмы, возраста или наличия инвалидности (далее – функциональная диагностика).

1.3.2. Дополнительных оценочных мероприятий, направленных на определение формы предоставления социального обслуживания.

1.4. Субъектами, уполномоченными на определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании являются:

1.4.1. Управление социальной защиты населения административного округа города Москвы (далее – УСЗН города Москвы) по месту фактического проживания гражданина в городе Москве – в отношении проведения функциональной диагностики.

1.4.2. Государственное бюджетное учреждение города Москвы Геронтологический центр «Левобережный» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (далее – ГБУ Геронтологический центр «Левобережный») – в отношении дополнительных оценочных мероприятий, направленных на определение формы предоставления социального обслуживания.

1.5. Функциональная диагностика проводится по месту фактического проживания (нахождения) гражданина для принятия решения о его признании нуждающимся в социальном обслуживании на дому либо социальном обслуживании в стационарной форме, либо об отказе в социальном обслуживании в указанных формах.

Функциональная диагностика проводится по поручению УСЗН города Москвы в соответствии с пунктом 3.6.4 приложения к Порядку предоставления гражданам социальных услуг в городе Москве, утвержденному постановлением Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП (далее – Приложение) главными специалистами отделов контроля качества предоставления социальных услуг центров социального обслуживания, подведомственных Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы (далее соответственно – социальные инспекторы, Департамент), с использованием, в том числе, шкалы базовой функциональной активности «Бартель», шкалы инструментальной функциональной активности «Лоутон», шкалы оценки риска падений «Морсе» и теста «Мини-Ког» на основе карты определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам в течение не более 60 минут в отношении одного гражданина.

Результаты функциональной диагностики для предоставления социального обслуживания на дому действительны в течение года после ее проведения. Результаты функциональной диагностики для предоставления социального обслуживания в стационарной форме действительны в течение трех лет после ее проведения.

1.6. Дополнительные оценочные мероприятия, направленные на определение формы предоставления социального обслуживания, проводятся в случаях предусмотренных в пунктах 1.7.2.2 - 1.7.2.5 настоящих Правил специалистами ГБУ Геронтологический центр «Левобережный» с использованием оценки способности граждан с нарушениями психических функций проживать самостоятельно и (или) с сопровождением.

1.7. Критерии определения формы предоставления социального обслуживания:

1.7.1. Для социального обслуживания на дому – наличие функциональных ограничений (дефицитов), установленных с использованием шкалы базовой функциональной активности «Бартель», шкалы инструментальной функциональной активности «Лоутон».

1.7.2. Для стационарной формы социального обслуживания:

1.7.2.1. Одновременное наличие функциональных ограничений (дефицитов), выраженных в баллах и установленных с использованием:

1.7.2.1.1. Шкалы базовой функциональной активности «Бартель» при количестве баллов меньше либо равно 60.

1.7.2.1.2. Шкалы инструментальной функциональной активности «Лоутон» при количестве баллов меньше либо равно 2.

1.7.2.2. Наличие функциональных ограничений (дефицитов), установленных пунктом 1.7.2.1.1 или пунктом 1.7.2.1.2 настоящих Правил, и одного из следующих функциональных ограничений (дефицитов), выраженных в баллах и установленных с использованием:

1.7.2.2.1. Шкалы оценки риска падений «Морсе» при количестве баллов не менее 80.

1.7.2.2.2. Теста «Мини-Ког» при количестве баллов меньше либо равно 2.

1.7.2.3. Наличие решения суда о признании гражданина недееспособным.

1.7.2.4. Нахождение гражданина у поставщика социальных услуг предоставляющего социальное обслуживание в стационарной форме несовершеннолетним гражданам на дату проведения функциональной диагностики.

1.7.2.5. Нахождение гражданина в стационарной медицинской организации, подведомственной Департаменту здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную психиатрическую помощь на дату проведения функциональной диагностики.

1.8. При поступлении в соответствии с пунктом 3.7 Приложения личного дела гражданина Управление организации стационарного социального обслуживания Департамента в день его получения направляет личное дело в ГБУ Геронтологический центр «Левобережный».

1.9. При получении личного дела ГБУ Геронтологический центр «Левобережный»:

1.9.1. Получает согласие гражданина на социальное обслуживание в стационарной форме посредством телефонного звонка или иным способом, обеспечивающим его фиксацию, в течение рабочего дня, следующего за днем передачи личного дела гражданина, с последующей фиксацией результатов по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

1.9.2. Получает согласие на получение медицинских документов и организует их получение в соответствии с пунктом 3.8 Приложения.

1.9.3. Направляет личное дело и медицинские документы, полученные в соответствии с пунктом 1.9.2 настоящих Правил, в Управление организации стационарного социального обслуживания Департамента не позднее рабочего дня, следующего за днем получения указанных медицинских документов.

1.10. В случае неполучения согласия гражданина на социальное обслуживание в стационарной форме ГБУ Геронтологический центр «Левобережный»:

1.10.1. Направляет личное дело гражданина в УСЗН города Москвы для возврата к рассмотрению заявления о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании на дому в соответствии с разделом 3 Приложения не позднее рабочего дня, следующего за днем получения отказа от социального обслуживания в стационарной форме и согласия на социальное обслуживание на дому.

1.10.2. Направляет личное дело гражданина в Управление организации стационарного социального обслуживания Департамента для принятия решения об отказе в признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в соответствии с пунктом 3.13.4 Приложения:

1.10.2.1. В день получения отказа от социального обслуживания в стационарной форме и социального обслуживания на дому.

1.10.2.2. В случае если связаться с гражданином не представляется возможным, указанный результат оформлен согласно приложению 2 к настоящим Правилам, а попытки связаться с гражданином были предприняты не менее 5 раз с перерывом не менее одного часа между каждой попыткой.

1.11. Содержание индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ) гражданина формируется:

1.11.1. Для социального обслуживания на дому на основе индивидуального перечня социальных услуг, сформированного в автоматизированном режиме в системе учета результатов функциональной диагностики.

1.11.2. Для социального обслуживания в стационарной форме в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве» с учетом результатов функциональной диагностики на основании решения Управления организации стационарного социального обслуживания Департамента.

1.12. ИППСУ составляется по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

2. Особенности предоставления социального обслуживания гражданам, ранее признанным нуждающимися в социальном обслуживании

2.1. УСЗН города Москвы в отношении гражданина, ранее признанного нуждающимся в социальном обслуживании, организует проведение функциональной диагностики в следующих случаях:

2.1.1. Не ранее, чем за 30 дней и не позднее, чем за 10 дней до истечения срока действия ИППСУ, составленной на срок действия результатов функциональной диагностики.

2.1.2. В течение срока действия ИППСУ по заявлению получателя социальных услуг или поставщика социальных услуг при изменении функциональных ограничений (дефицитов), социального и (или) правового статуса получателя социальных услуг.

2.2. В случае проведения функциональной диагностики согласно пункту 2.1 настоящих Правил обращение гражданина с заявлением о признании нуждающимся в социальном обслуживании в соответствии с пунктом

1.2 Приложения не требуется, УСЗН города Москвы осуществляют сбор сведений, предусмотренных пунктом 2.6 Приложения.

2.3. На основании сведений, полученных в соответствии с пунктом 2.2 настоящих Правил, принимается решение о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в порядке, предусмотренном разделом 3 Приложения.

2.4. Содержание ИППСУ гражданина, вновь признанного нуждающимся в социальном обслуживании на дому, формируется в соответствии с пунктом 1.11 настоящих Правил с учетом результатов реализации прежней ИППСУ, оформляемой социальным инспектором при проведении функциональной диагностики согласно пункту 2.1 настоящих Правил по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам.

3. Порядок оформления и выдачи направления к поставщику социальных услуг

3.1. Направление к поставщику социальных услуг оформляется:

3.1.1. УСЗН города Москвы для предоставления социального обслуживания на дому у государственного поставщика социальных услуг в случае, если ИППСУ гражданина не содержит социальных услуг, предоставляемых ежедневно.

3.1.2. Управлением организации социального обслуживания на дому Департамента для предоставления социального обслуживания на дому в следующих случаях:

3.1.2.1. ИППСУ гражданина содержит социальные услуги, предоставляемые ежедневно.

3.1.2.2. ИППСУ гражданина не содержит социальные услуги, предоставляемые ежедневно, но он проживает с гражданином, указанным в пункте 3.1.2.1 настоящих Правил.

3.1.3. Управлением организации стационарного социального обслуживания Департамента для предоставления социального обслуживания в стационарной форме.

3.2. Направление к поставщику социальных услуг для предоставления социального обслуживания составляется по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам.

3.3. В направление подлежит включению рекомендуемый гражданину поставщик социальных услуг, определяемый с учетом его мнения исходя из:

3.3.1. Для предоставления социального обслуживания на дому:

3.3.1.1. Приближенности к месту проживания гражданина.

3.3.1.2. Наличия свободных мест.

3.3.2. Для предоставления социального обслуживания в стационарной форме:

3.3.2.1. Наличия свободных мест по соответствующей группе нуждаемости граждан в зависимости от степени нуждаемости в посторонней помощи, установленной в соответствии с приказом Департамента от 31 декабря 2020 г. № 1606 «Об отдельных вопросах, связанных с предоставлением услуг в организациях стационарного социального обслуживания».

3.3.2.2. Типа организации социального обслуживания, установленной на основе результатов определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании.

3.4. В соответствии с пунктом 3.10 Приложения уведомление поставщика социальных услуг о направлении к нему гражданина, признанного нуждающимся в социальном обслуживании, для заключения договора о предоставлении социальных услуг осуществляется с учетом пункта 3.1 настоящих Правил с использованием информационных систем Департамента или посредством неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.) или направления сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные поставщиком социальных услуг номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Приложение 1
к Правилам определения
индивидуальной
потребности гражданина
в социальном обслуживании

КАРТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ГРАЖДАНИНА В СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ					
Дата заполнения		Ф.И.О. ИНСПЕКТОРА			
Ф.И.О. гражданина		Дата рождения			
		Полных лет		Пол	<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж
Адрес проведения оценки		▼			
Паспортные данные		Инвалидность <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Телефон домашний		Телефон мобильный			
Прикрепление к поликлинике <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		№ поликлиники			
Состоит на учете в ПНД <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		№ ПНД			
Сбор социального анамнеза происходил в присутствии		<input type="checkbox"/> родственника/члена семьи <input type="checkbox"/> социального работника <input type="checkbox"/> опекуна <input type="checkbox"/> сделан <input type="checkbox"/> соседей <input type="checkbox"/> медицинского работника <input type="checkbox"/> один на один <input type="checkbox"/> иных лиц			
Ф.И.О. присутствующего					
Паспортные данные присутствующего					
Особенности проведения оценки:					
Кратность оценки		<input type="checkbox"/> первичная <input type="checkbox"/> повторная			
Особенности места проведения оценки		<input type="checkbox"/> на дому/в месте постоянного проживания <input type="checkbox"/> в учреждении социальной защиты <input type="checkbox"/> в учреждении здравоохранения <input type="checkbox"/> в месте временного проживания <input type="checkbox"/> частное <input type="checkbox"/> государственное <input type="checkbox"/> местное <input type="checkbox"/> государственное <input type="checkbox"/> детское <input type="checkbox"/> взрослое <input type="checkbox"/> ГКБ (общий стационар) <input type="checkbox"/> ПКБ (специализированный стационар)			
Правовой статус:					
<input type="checkbox"/> дееспособный <input type="checkbox"/> ограниченно дееспособный <input type="checkbox"/> недееспособный					
Правовой статус подтвержден		<input type="checkbox"/> решение суда <input type="checkbox"/> распоряжение органа опеки <input type="checkbox"/> со слов претендента/иных лиц			
Опекун (попечитель)					
Адрес проживания					
Телефон					
Жилищно-бытовые условия:					
Этаж		0 Количество ступеней до двери			
Указать количество минут, через которое открыли дверь / ответили на домофон		первично повторно			
Доступность жилого помещения		<input type="checkbox"/> охраняемая территория <input type="checkbox"/> ландус/подъемник у подъезда <input type="checkbox"/> домофон <input type="checkbox"/> охрана/охранка в подъезде <input type="checkbox"/> ландус/подъемник в подъезде <input type="checkbox"/> пассажирский лифт <input type="checkbox"/> грузовой лифт <input type="checkbox"/> пороги <input type="checkbox"/> расширенные дверные проемы			
Коммунальные удобства		<input type="checkbox"/> водопровод <input type="checkbox"/> электричество <input type="checkbox"/> отопление <input type="checkbox"/> газ <input type="checkbox"/> жилье требует ремонта (вентиль, аварийное, чаление трещин/проломов и т.д.) <input type="checkbox"/> дома в программе реновации			
Наличие бытовых приборов		<input type="checkbox"/> телевизор <input type="checkbox"/> стиральная машина <input type="checkbox"/> пылесос <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/> микроволновая печь <input type="checkbox"/> умывальник <input type="checkbox"/> стационарный телефон <input type="checkbox"/> мобильный телефон <input type="checkbox"/> мультиварка/пароварка <input type="checkbox"/> электрический чайник			

Душевая кабина/доступность	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ванна/доступность	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Унитаз/доступность	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
С кем живет в квартире	<input type="checkbox"/> один <input type="checkbox"/> коммунальщики <input type="checkbox"/> родственники/члены семьи <input type="checkbox"/> с иными людьми	Оказывают уход/помощь		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Есть ли своя сиделка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Запах мочи/тела		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Жилье запущено	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Причины	<input type="checkbox"/> ограниченность/заклещенность <input type="checkbox"/> домашние животные	<input type="checkbox"/> на своем и/или чужом <input type="checkbox"/> вне	
Выходит из дома	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> в любое время года <input type="checkbox"/> только в теплое время года		<input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> периодически	
Кто сопровождает при выходе из дома	<input type="checkbox"/> родственники/члены семьи <input type="checkbox"/> социальный работник <input type="checkbox"/> сиделка <input type="checkbox"/> опекун <input type="checkbox"/> соседи <input type="checkbox"/> иные лица <input type="checkbox"/> никто	Посещают с периодичностью:		<input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> несколько раз в год	
Наличие еды в доме	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Регулярное горячее питание		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Кто готовит	<input type="checkbox"/> родственники/члены семьи <input type="checkbox"/> социальный работник <input type="checkbox"/> сиделка <input type="checkbox"/> опекун <input type="checkbox"/> соседи <input type="checkbox"/> иные лица <input type="checkbox"/> сам <input type="checkbox"/> никто				
Социальный статус:					
Социальный статус:	<input type="checkbox"/> одиноко проживающий (нет родственников в Москве) <input type="checkbox"/> одиноко проживающий (есть родственники в Москве)	<input type="checkbox"/> проживает в семье с лицом 60+ и/или инвалидом <input type="checkbox"/> проживает в семье	<input type="checkbox"/> одинокий		
Родственники/члены семьи	<input type="checkbox"/> отец/мать <input type="checkbox"/> муж/жена <input type="checkbox"/> брат/сестра <input type="checkbox"/> сын/дочь <input type="checkbox"/> иные				
Ф.И.О. родственника (основного) или мужа/жены					
Адрес проживания					
Телефон					
Поддерживает межличностные отношения с родственниками/членами семьи	<input type="checkbox"/> регулярно <input type="checkbox"/> редко <input type="checkbox"/> нет				
Описание общего состояния ПСУ:					
Количество баллов по шкале «Бартель»		Количество баллов шкале «Лоутон»			
Количество баллов по шкале «MORSE»		Оценка боли по 10 бальной шкале			
Наличие болей:	<input type="checkbox"/> постоянные <input type="checkbox"/> периодические	<input type="checkbox"/> редкие <input type="checkbox"/> отсутствуют	признаки болевого поведения	Локализация боли:	<input type="checkbox"/> голова <input type="checkbox"/> конечности <input type="checkbox"/> живот <input type="checkbox"/> зубы <input type="checkbox"/> спина <input type="checkbox"/> иное
Используемые ТСР:		Наличие вспомогательных устройств для оказания ухода:			
ходунки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	гигиеническое кресло/санитарный стул		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
костыли	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	функциональная кровать		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
трость	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	поручни в ванной комнате		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
кресло-коляска	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	поручни в туалете		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
протез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	подъемник/мультиролл		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
ортез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	опора под спину		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
ортопедическая обувь	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	сиденье/ступени для ванны		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
противопролежневый матрас	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	приспособления для мытья в кровати		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
наличие ИПРА	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет				
Особенности дефекации и мочеиспускания:					
мочевой катетер/ стома	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	судно (мочеприемник)		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
подгузник, урол, прокладка (абсорбирующее белье)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	склонность к залорам		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	

Физиологические индикаторы: (метод наблюдения)			
ногти на руках ухожены	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	может ли сжать кисть активной руки	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
сам стрижет ногти на руках	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	функционируют ли обе руки	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ногти на ногах ухожены	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	выраженная деформация, контрактуры, тремор рук	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
сам стрижет ногти на ногах	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	может поднять активную руку до уровня губ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
может стоять без опоры	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	может дотянуться до ног	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
может самостоятельно сесть	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	может поднять активную руку до уровня макушки головы	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
может самостоятельно встать	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	немобильный (ограничение активности ног и рук одновременно)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
контактность	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	агрессивен словесно <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	агрессивен физически <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
коммуникация	<input type="checkbox"/> говорит разборчиво <input type="checkbox"/> понимает, но не разговаривает <input type="checkbox"/> разговаривает, но не понимает смысла сказанного <input type="checkbox"/> комментирует в речи <input type="checkbox"/> не понимает и не разговаривает		
Обеспечивает личную безопасность, избегает потенциальных угроз	<input type="checkbox"/> Представляет опасность для себя и/или окружающих <input type="checkbox"/> Не представляет опасность для себя и/или окружающих		Установлено: <input type="checkbox"/> со слов родственника/члена семьи <input type="checkbox"/> со слов лица лица <input type="checkbox"/> социальным инспектором
Организует свой досуг	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Физические показатели:			
Дыхание	<input type="checkbox"/> дышит самостоятельно	<input type="checkbox"/> брахистоэмия	<input type="checkbox"/> ИВЛ / НИВЛ
Полость рта	<input type="checkbox"/> зубы <input type="checkbox"/> протезы	<input type="checkbox"/> нет зубов и протезов <input type="checkbox"/> требуется консультация стоматолога	
Кожные покровы	<input type="checkbox"/> в норме	<input type="checkbox"/> пролежни	<input type="checkbox"/> ранки/ссадины и др.
Зрение	<input type="checkbox"/> видит хорошо <input type="checkbox"/> видит плохо	<input type="checkbox"/> полная слепота	<input type="checkbox"/> частичная слепота
Слух	<input type="checkbox"/> слышит хорошо <input type="checkbox"/> слышит плохо	<input type="checkbox"/> глухота	Очки <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Вес, кг (опрос)		Рост, м	ИМТ <input type="text" value="0"/>
Оценка признаков когнитивных нарушений:			
Ориентация во времени	<input type="checkbox"/> дата	<input type="checkbox"/> день недели	<input type="checkbox"/> время года
Ориентация в месте	<input type="checkbox"/> город	<input type="checkbox"/> адрес	
Ориентация в личности	<input type="checkbox"/> имя	<input type="checkbox"/> возраст	
Воспроизведение 3 слов	<input type="checkbox"/> 0 слов	<input type="checkbox"/> 1 слово	<input type="checkbox"/> 2 слова <input type="checkbox"/> 3 слова <input type="checkbox"/> отказ от прохождения
Тест "часы"	<input type="checkbox"/> 2 балла	<input type="checkbox"/> 1 балл	<input type="checkbox"/> 0 баллов <input type="checkbox"/> отказ от прохождения
Примечания:			

Оцениваемая функция	отметка	Описание состояния
Прием пищи	<input type="checkbox"/>	не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами
	<input type="checkbox"/>	частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи и/или ест самостоятельно, но иногда необходимо докармливать
	<input type="checkbox"/>	полностью зависит от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	<input type="checkbox"/>	не нуждается в помощи (умывание, чистка зубов, причёсывание, бритьё)
	<input type="checkbox"/>	нуждается в помощи
Одевание	<input type="checkbox"/>	не нуждается в помощи (выбрать и надеть любую одежду, застегнуть пуговицы, кнопки, молнии, завязывать шнурки и т.д.)
	<input type="checkbox"/>	частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (более половины действий выполняет самостоятельно)
	<input type="checkbox"/>	полностью нуждается в посторонней помощи
Прием ванны	<input type="checkbox"/>	принимает ванну/душ без посторонней помощи (способен забраться и выйти, помыть все тело, не требуется наблюдение/присмотр)
	<input type="checkbox"/>	нуждается в посторонней помощи, наблюдении/присмотре
Контроль мочеиспускания	<input type="checkbox"/>	контроль над мочеиспусканием (самостоятельно пользуется средствами личной гигиены, самостоятельно ухаживает за наружным мочевым катетером и мочеприемником)
	<input type="checkbox"/>	случайные инциденты недержания мочи (менее 1 раза в сутки)
	<input type="checkbox"/>	недержание мочи или мочевого катетер, управлять которым самостоятельно не может; не контролирует позывы
Контроль дефекации	<input type="checkbox"/>	контроль над дефекацией (самостоятельно использует слабительные средства, ухаживает за калостомой)
	<input type="checkbox"/>	случайные инциденты (недержание/запор менее 1 раза в неделю)
	<input type="checkbox"/>	недержание кала (посторонний уход за калостомой, постановка клизм); не контролирует позывы
Посещение туалета	<input type="checkbox"/>	не нуждается в помощи (самостоятельно использует и опорожняет гигиеническое кресло и иные приспособления)
	<input type="checkbox"/>	частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, одевание и др., помощь при использовании гигиенического кресла и иных приспособлений)
	<input type="checkbox"/>	полностью нуждается в посторонней помощи (помощь в использовании судна, ути, абсорбирующего белья)
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	<input type="checkbox"/>	не нуждается в помощи
	<input type="checkbox"/>	нуждается в наблюдении или минимальной физической поддержке (присмотр, вербальная помощь)
	<input type="checkbox"/>	может сесть в постели, но чтобы пересесть или встать, нужна физическая поддержка иных лиц/не может самостоятельно сесть, но удерживает положение сидя
	<input type="checkbox"/>	не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя, для перемещения требуется значительная физическая помощь иных лиц (использование подъемника)
Передвижение (на ровной поверхности)	<input type="checkbox"/>	может без посторонней помощи, в т.ч. с самостоятельным использованием ТСР (кроме кресло-коляски) и других вспомогательных средств передвигаться на расстояние более 50 метров
	<input type="checkbox"/>	может передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров
	<input type="checkbox"/>	может передвигаться с помощью кресло-коляски на расстояние более 50 метров, в т.ч. огibtь углы и пользоваться дверьми
	<input type="checkbox"/>	не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров
Подъем по лестнице	<input type="checkbox"/>	не нуждается в помощи (может использовать вспомогательные средства)
	<input type="checkbox"/>	нуждается в наблюдении или физической поддержке
	<input type="checkbox"/>	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой

Оцениваемая функция	отметка	Описание состояния
Телефонные звонки	<input type="checkbox"/>	пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	<input type="checkbox"/>	набирает несколько известных номеров
	<input type="checkbox"/>	отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	<input type="checkbox"/>	не пользуется телефоном
Покупки	<input type="checkbox"/>	совершает самостоятельно все необходимые покупки
	<input type="checkbox"/>	совершает самостоятельно небольшие покупки при посещении магазина или оформлении онлайн заказа
	<input type="checkbox"/>	требуется сопровождение при любом посещении магазина или оформлении онлайн заказа
	<input type="checkbox"/>	полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	<input type="checkbox"/>	планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	<input type="checkbox"/>	готовит необходимую пищу если ингредиенты были предоставлены/готовит только простые блюда
	<input type="checkbox"/>	подогревает и подает готовую пищу/готовит только продукты быстрого приготовления/готовит пищу частично или полностью не пригодную для употребления
	<input type="checkbox"/>	нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу
Ведение домашнего быта	<input type="checkbox"/>	поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	<input type="checkbox"/>	выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	<input type="checkbox"/>	выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме
	<input type="checkbox"/>	нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	<input type="checkbox"/>	не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	<input type="checkbox"/>	самостоятельно стирает все необходимые вещи
	<input type="checkbox"/>	нуждается в частичной помощи или в помощи в отдельных задачах, таких как включение стиральной машины или развешивание белья/стирает мелкие вещи
	<input type="checkbox"/>	вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	<input type="checkbox"/>	самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	<input type="checkbox"/>	организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	<input type="checkbox"/>	пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	<input type="checkbox"/>	перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица
	<input type="checkbox"/>	не перемещается
Прием лекарств	<input type="checkbox"/>	самостоятельно принимает лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	<input type="checkbox"/>	принимает лекарство если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	<input type="checkbox"/>	не способен самостоятельно принимать лекарства в необходимой дозе
Финансовые операции	<input type="checkbox"/>	самостоятельно распоряжается финансами (контроль бюджета, умение пользоваться банковскими карточками, проверка чеков, проведение операций)
	<input type="checkbox"/>	требуется незначительная помощь
	<input type="checkbox"/>	не способен самостоятельно распоряжаться деньгами

Оцениваемый показатель	отметка	Варианты ответов
Падение в анамнезе	<input type="checkbox"/>	нет
	<input type="checkbox"/>	да
Сопутствующие заболевания (больше или равно 1 диагноза)	<input type="checkbox"/>	нет
	<input type="checkbox"/>	да
Имеет ли претендент вспомогательное средство для перемещения	<input type="checkbox"/>	Не требуются вспомогательные средства
	<input type="checkbox"/>	Постельный режим/помощь ухаживающего персонала
	<input type="checkbox"/>	Костыли/трость/ходунки/коляска/палки для скандинавской ходьбы и др. вспомогательные средства
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	<input type="checkbox"/>	нет
	<input type="checkbox"/>	да
Функция ходьбы	<input type="checkbox"/>	норма/постельный режим/обездвижен
	<input type="checkbox"/>	слабая
	<input type="checkbox"/>	нарушена (нуждается в посторонней помощи), колясочник
Оценка претендентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	<input type="checkbox"/>	знает свои ограничения
	<input type="checkbox"/>	переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях

Приложение 2
к Правилам определения
индивидуальной
потребности гражданина
в социальном обслуживании

**Форма
информирования гражданина об установлении нуждаемости
в социальном обслуживании в стационарной форме**

ФИО гражданина _____

Номер Анкеты в ИС СДУ _____

Дата поступления личного дела из УСЗН АО _____

Номер телефона _____

Дата телефонного звонка _____

Результат информирования:

- получено согласие на социальное обслуживание в стационарной форме
- получен отказ от социального обслуживания в стационарной форме и согласие на социальное обслуживание на дому
- получен отказ от социального обслуживания в стационарной форме и социального обслуживания на дому
- связаться с гражданином не представляется возможным

Уполномоченное лицо

ГБУ Геронтологического центра «Левобережный»

Должность _____

подпись

ФИО

Приложение 3
к Правилам определения
индивидуальной
потребности гражданина
в социальном обслуживании

Форма индивидуальной программы предоставления социальных услуг

(Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы/
Управление социальной защиты населения _____ административного
округа города Москвы)

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. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа _____
6. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____
7. Форма социального обслуживания _____
8. Группа нуждаемости¹ _____

9. Виды социальных услуг²:

I. Социально-бытовые

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Объем предоставляемой услуги			Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
			Время ³	Кратность	Периодичность		

II. Социально-медицинские

			Объем предоставляемой услуги		

¹ не заполняется в случае признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании на дому

² заполняются разделы по видам услуг установленным по результатам определения индивидуальной потребности

³ заполняется в случае признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании на дому

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Время	Кратность	Периодичность	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

III. Социально-психологические

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Объем предоставляемой услуги			Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
			Время	Кратность	Периодичность		

IV. Социально-педагогические

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Объем предоставляемой услуги			Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
			Время	Кратность	Периодичность		

V. Социально-трудовые

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Объем предоставляемой услуги			Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
			Время	Кратность	Периодичность		

VI. Социально-правовые

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Объем предоставляемой услуги			Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
			Время	Кратность	Периодичность		

VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности

№ п/п	Наименование социальной услуги	Описание социальной услуги	Объем предоставляемой услуги			Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении
			Время	Кратность	Периодичность		

Примечания:

1. При заполнении графы «срок предоставления услуги» указывается дата начала предоставления социальной услуги и дата ее окончания.

2. При заполнении графы «отметка о выполнении» поставщиком социальных услуг делается запись: «выполнена», «выполнена частично», «не выполнена» (с указанием причины).

9. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

Наименование поставщика социальных услуг	Адрес места нахождения поставщика социальных услуг	Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, адрес электронной почты и т.п.)

Уполномоченное лицо Управления организации стационарного социального обслуживания
Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы/Управления социальной
защиты населения административного округа города Москвы

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.⁴

⁴ применяется при отсутствии электронной подписи

Приложение 4
к Правилам определения
индивидуальной
потребности гражданина
в социальном обслуживании

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг на дому
от _____ № _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг
реализована полностью/не полностью
(нужное подчеркнуть)

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

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

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

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

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

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-правовых социальных 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 заключения о выполнении
индивидуальной программы
предоставления социальных услуг)

(расшифровка подписи.)

" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение 5
к Правилам определения
индивидуальной
потребности гражданина
в социальном обслуживании

**Форма направления на получение социальных услуг в форме социального
обслуживания**

(на бланке Управления социальной защиты населения административного округа города
Москвы/Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы)

ФИО _____
адрес _____

НАПРАВЛЕНИЕ

к поставщику социальных услуг, включенному в Реестр поставщиков социальных
услуг города Москвы

Уважаемый (ая) _____
(или отчество)

в связи с признанием Вас нуждающимся(ейся) в социальном обслуживании
вариант 1
на дому приглашаем Вас посетить

_____ (наименование территориального центра социального обслуживания)
расположенный по адресу: _____
для заключения договора о предоставлении социальных услуг на дому.

Всю необходимую информацию о порядке заключения договора о
предоставлении социальных услуг на дому Вы можете получить у Вашего
персонального консультанта по телефону _____.

вариант 2
в стационарной форме Вам рекомендован следующий тип организации
стационарного социального обслуживания¹:

- Геронтологический центр
- Геронтопсихиатрический центр
- Социальный дом-интернат (психоневрологический интернат)
- Социальный жилой дом
- Центр постинтернатной адаптации
- Дом сопровождаемого проживания

¹ заполняется в зависимости от установленной группы нуждаемости для социального обслуживания в стационарной
форме

Всю необходимую информацию о порядке заключения договора о предоставлении социальных услуг Вы можете получить в Координационном центре стационарного социального обслуживания Департамента по телефону _____.

**С уважением,
должность, наименование
уполномоченного органа**

(И.О.Фамилия)

Приложение 2
к приказу Департамента труда
и социальной защиты населения
города Москвы
от 20 июля 2022 № 726

Форма заявления о признании нуждающимся в социальном обслуживании

Управление социальной защиты населения _____
административного округа г. Москвы

ОТ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

_____ *
(дата рождения гражданина)

(СНИЛС гражданина)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность, гражданство)

(сведения о наличии инвалидности)

(сведения о месте регистрации в городе Москве)

(сведения о месте фактического проживания в городе Москве)

(контактный телефон, e-mail (при наличии))

ОТ¹ _____

*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 признании нуждающимся в социальном обслуживании**

Прошу признать меня нуждающимся в социальном обслуживании.

Состав семьи:

ФИО родственника	Дата рождения	Вид родства	Место жительства	Сведения о доходе

¹ Заполняется в случае, если заявление подается лицом или государственным органом, органом местного самоуправления, общественным объединением, представляющим интересы гражданина.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы, его территориальными органами, которым адресован документ, Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы» (далее – многофункциональный центр предоставления государственных услуг), в случае, если государственная услуга предоставляется в многофункциональном центре предоставления государственных услуг, следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица – субъекта персональных данных (в случае, если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе предоставления государственной услуги, о результате предоставления государственной услуги, внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности.

Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации о предоставлении государственной услуги, а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети Интернет на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством: _____

(почтовый адрес)

(телефон)

(адрес электронной почты)

(подпись) (_____)
(Ф.И.О.)

« _____ » _____ г.
(дата заполнения заявления)

Запрос принят:

ФИО должностного лица (работника),
уполномоченного на прием запроса

Подпись _____
(расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение 3
к приказу Департамента труда
и социальной защиты населения
города Москвы
от 20 июля 2022 № 726

**Форма решения о признании нуждающимся
в социальном обслуживании**

Решение о признании обратившегося лица нуждающимся
в социальном обслуживании

от _____

№ _____

(Управления социальной защиты населения административного округа города Москвы/Департамент труда
и социальной защиты населения города Москвы)

Рассмотрев заявление (обращение)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина; фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)

в соответствии с частью 2 статьи 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ
«Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и Закона города
Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи
в городе Москве» и решил предоставить гражданину _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

социальные услуги в форме:

- социального обслуживания на дому
 стационарного социального обслуживания

Срок предоставления социальных услуг с _____ по _____.

Условия платы за предоставление социальных услуг _____
(бесплатно, за плату, за частичную плату)

Среднедушевой доход получателя социальных услуг составляет _____ руб.

Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг не может превышать
_____ руб.

Уполномоченное лицо Управления организации стационарного социального обслуживания
Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы/
управления социальной защиты населения административного округа города Москвы

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение 4
к приказу Департамента труда
и социальной защиты населения
города Москвы
от 20 июля 2022 № 726

Форма решения об отказе в признании нуждающимся в социальном обслуживании

Решение об отказе в признании обратившегося лица нуждающимся в социальном обслуживании

от _____

№ _____

(Управления социальной защиты населения административного округа города Москвы/Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы)

Рассмотрев заявление (обращение)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина; фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)

в соответствии с частью 2 статьи 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и Закона города Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» решил отказать гражданину _____

(фамилия, имя, отчество)

в признании нуждающимся (нуждающейся) в социальном обслуживании.

Причины отказа:

(Указывается одно из оснований, предусмотренных пунктом 3.13 приложения к Порядку предоставления гражданам социальных услуг в городе Москве, утвержденному постановлением Правительства Москвы от 26.12.2014 № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве»)

Вариант 1 (отсутствуют лица, осуществляющие уход)¹:

Приложение к решению об отказе в социальном обслуживании:

- рекомендации составленные по результатам проведения оценки индивидуальной потребности в социальных услугах обратившегося лица.

Вариант 2 (при наличии лиц, осуществляющих уход)²:

Информация для лиц, осуществляющих уход. В заботе о близком Вам помогут:

- список персональных услуг по уходу;
- бесплатный онлайн-курс обучения по уходу за малоподвижным человеком;
- бесплатные консультации тренеров по уходу за пожилыми людьми в центре социального обслуживания Вашего района.

С подробностями можно ознакомиться на сайте www.dszn.ru в разделе «Социальный навигатор».

¹ заполняется в случае признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании на дому

² заполняется в случае признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании на дому

Уполномоченное лицо Управления организации стационарного социального обслуживания
Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы /Управления социальной
защиты населения административного округа города Москвы

(подпись)

(расшифровка подписи)