

ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішенням виконавчого комітету
Слобожанської селищної ради
від 15.03.2017 № 89

Голові Слобожанської селищної ради

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

Дата народження _____

Місце проживання/перебування (адреса) _____

Номер телефону _____

Документ, що посвідчує особу (паспорт): _____ серія
№ _____

Виданий _____

Дата видачі _____

Реєстраційний номер облікової картки платника податків

(за наявності)

ЗАЯВА

Прошу прийняти мене на обслуговування до комунального закладу «Милосердя Слобожанської селищної ради» (далі –КЗ «Милосердя ССР») для надання соціальної послуги _____.

(назва соціальної послуги)

Я одинока(ий), не одинока(ий), проживаю самотньо (необхідне підкреслити).

Працездатних рідних (батьків, дітей, чоловіка, дружини), осіб, які відповідно до законодавства повинні забезпечити мені догляд і допомогу, осіб, з якими укладено договір довічного утримання (догляду), не маю (маю) (необхідне підкреслити).

Соціальних послуг від фізичної особи, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку, не отримую. Соціальні послуги не надаю (необхідне підкреслити).

Мої рідні (працездатні, непрацездатні) (необхідне підкреслити) проживають за адресою: _____

З умовами та порядком надання соціальних послуг, припинення їх надання, порядком, тарифами та розмірами оплати (у разі надання платних соціальних послуг або із встановленням диференційованої плати) ознайоmlена(ий).

Погоджуюсь (не погоджуюсь) (необхідне підкреслити) на проведення обстеження матеріально-побутових умов мого проживання з метою визначення необхідності надання мені натуральної чи грошової допомоги.

Зобов'язуюсь повідомляти про зміни обставин, які можуть вплинути на надання мені соціальних послуг.

(дата заповнення)

(підпис)

Рішення голови Слобожанської селищної ради або виконавчого комітету Слобожанської селищної ради щодо надання/відмови в наданні соціальних послуг (необхідне підкреслити).

_____ 20 _____ року

(підпис керівника)

Секретар селищної ради (виконкому)

Л.В.Лагода

МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК *
про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі

_____ (найменування закладу охорони здоров'я, що видав висновок)

_____ (прізвище, ім'я та по батькові громадянина, який потребує надання соціальних послуг)

_____ (дата народження, місце проживання/перебування)

_____ (група інвалідності – за наявності)

1. Наявність вад, що перешкоджають самообслуговуванню: відсутність кінцівок, інші вади опорно-рухового апарату, вади зору, слуху, інтелекту, порушення мови, інше _____

(необхідне підкреслити або доповнити)

2. Здатність до самообслуговування (необхідне підкреслити): здатний, частково не здатний, не здатний.

3. Висновок:

протипоказань для надання соціальних послуг у КЗ «Милосердя ССР» немає (протипоказання є) (необхідне підкреслити);

може перебувати в колективі (так, ні) _____.

МП

Керівник медичного закладу

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ініціали)

_____ 20__ року

Лікар загальної практики – сімейний лікар

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ініціали)

_____ 20__ року

Примітка. Бланк медичного висновку направляється до закладу охорони здоров'я виконавчим органом місцевого самоврядування за місцем проживання/перебування громадянина та оформляється протягом 5 днів з дати його надходження. Медичний висновок видається лікарем загальної практики – сімейним лікарем за місцем проживання/перебування громадянина на підставі висновків лікарів інших медичних спеціальностей.

Висновок переоформляється за необхідності, але не рідше 1 разу на рік.

Секретар селищної ради (виконкому)

Л.В.Лагода

ДОГОВІР

про надання соціальних послуг

Комунальний заклад «Милосердя Слобожанської селищної ради» (далі – КЗ «Милосердя ССР») в особі директора _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

_____, який (яка) діє на підставі Статуту комунального закладу (далі – Статут), з однієї сторони, та громадянин(ка)

_____,
(прізвище, ім'я, по батькові)

місце проживання/перебування (адреса): _____

(далі – отримувач), з іншої сторони (разом – сторони, окремо – сторона), уклали цей договір про нижчевикладене.

1. Предмет договору

КЗ «Милосердя ССР» приймає на обслуговування отримувача соціальних послуг

(прізвище, ініціали)

на підставі наказу директора закладу від _____ 20__ року № _____ та надає соціальні послуги відповідно до індивідуального плану надання соціальної послуги.

2. Обов'язки та права територіального центру

2.1. КЗ «Милосердя ССР» надає соціальні послуги безкоштовно або на платній основі (необхідне підкреслити).

2.2. КЗ «Милосердя ССР» відповідно до заяви, медичного висновку, карти визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги, Статуту та державних стандартів соціальних послуг зобов'язується надавати йому соціальну послугу, визначену індивідуальним планом надання соціальної послуги. У разі надання платних соціальних послуг їхня вартість зазначається у додатковій угоді, що є невід'ємною частиною цього Договору.

2.3. Працівники КЗ «Милосердя ССР» зобов'язуються бути ввічливими та коректними у спілкуванні з отримувачем при виконанні своїх посадових обов'язків, дотримуватися конфіденційності в роботі з інформацією, отримуваною в процесі виконання службових обов'язків.

2.4. У разі зміни стану здоров'я, що підтверджується поновленим медичним висновком закладу охорони здоров'я та картою визначення індивідуальних потреб отримувача (зміна групи рухової активності, здатності до самообслуговування тощо), зміни вартості соціальних послуг укладається додаткова угода до цього Договору та вносяться зміни до індивідуального плану надання соціальних послуг.

2.5. КЗ «Милосердя ССР» має право припинити надання соціальних послуг отримувачу із підстав, зазначених у пунктах 5.1.1–5.1.17 цього Договору.

Про відмову в наданні соціальних послуг КЗ «Милосердя ССР» повідомляє отримувача невідкладно.

2.6. У разі приховування відомостей про родичів або інших осіб, які за законом зобов'язані забезпечити отримувачеві догляд та допомогу, КЗ «Милосердя ССР» може бути стягнуто кошти (в тому числі в судовому порядку) в сумі, яку витрачено за весь період надання йому соціальних послуг.

3. Обов'язки та права отримувача соціальних послуг

3.1. Отримувач має право на отримання соціальних послуг відповідно до державних стандартів соціальних послуг.

3.2. Отримувач зобов'язаний бути ввічливим і коректним у спілкуванні з працівниками КЗ «Милосердя ССР» при виконанні ними посадових обов'язків.

3.3. Отримувач зобов'язаний надавати письмову інформацію КЗ «Милосердя ССР» про тимчасову або постійну зміну місця проживання та про інші зміни (одруження, укладення договору довічного утримання (догляду), наявність родичів, які відповідно до чинного законодавства зобов'язані забезпечити йому догляд і допомогу, тощо).

3.4. Отримувач відповідає за стан і зберігання виданих йому в тимчасове користування технічних засобів реабілітації, інвентарю, устаткування, побутової техніки, необхідних для організації надання соціальних послуг.

3.5. Отримувач має право на перегляд умов надання соціальних послуг та їх обсягу в разі зміни стану здоров'я на підставі поновленого медичного висновку та карти визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги (зміна групи рухової активності, здатності до самообслуговування тощо).

3.6. Отримувач має право звертатися до місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування або виконавчого комітету Слобожанської селищної ради, відповідальних за надання соціальних послуг, або до суду в разі порушення його прав чи умов договору у встановленому законодавством порядку.

3.7. При наданні платних соціальних послуг отримувач зобов'язаний щомісячно сплачувати КЗ «Милосердя ССР», що надає такі послуги, кошти відповідно до тарифів, затверджених директором цієї установи та зазначених у додатковій угоді.

Отримувач платить за надані платні соціальні послуги щомісячно з дати набрання чинності цим Договором протягом 5 днів після пред'явлення суб'єктом рахунку. Вид розрахунку – _____ (вказати).

4. Розв'язання спірних питань

4.1. Усі спірні питання, що виникають між сторонами при виконанні умов цього Договору, розв'язуються за домовленістю сторін.

4.2. У разі неможливості врегулювання відносин сторони мають право звернутися до суду.

4.3. Сторона, яка не виконує своїх зобов'язань за Договором, виконує їх неналежним чином або відмовляється від їх виконання, відшкодовує іншій стороні завдані збитки у встановленому законодавством порядку.

5. Умови припинення дії договору

5.1. Дія цього Договору припиняється у таких випадках:

5.1.1. Поліпшення стану здоров'я, вихід зі складних життєвих обставин, в результаті чого отримувач втрачає потребу в наданні соціальних послуг.

5.1.2. Наявність в отримувача договору довічного утримання (догляду).

5.1.3. Виявлення в отримувача, якого безоплатно обслуговує КЗ «Милосердя ССР», працездатних рідних (батьків, дітей, чоловіка, дружини) або інших осіб, які відповідно до законодавства повинні забезпечити йому догляд і допомогу.

5.1.4. Направлення отримувача до будинку-інтернату для громадян похилого віку, пансіонату, психоневрологічного інтернату, надання соціальної послуги з догляду вдома в будинку для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів, інших закладах постійного проживання.

5.1.5. Зміна отримувачем місця проживання / перебування (за межами адміністративно-територіальної одиниці, на яку поширюються повноваження КЗ «Милосердя ССР»).

5.1.6. Грубе, принизливе ставлення отримувача до обслуговуючого персоналу, соціальних працівників, соціальних робітників та інших працівників КЗ «Милосердя ССР» і його структурних підрозділів.

5.1.7. Порушення отримувачем громадського порядку (сварки, бійки тощо).

5.1.8. Систематичне перебування отримувача в стані алкогольного, наркотичного сп'яніння.

5.1.9. Виявлення в отримувача медичних протипоказань для надання соціальних послуг КЗ «Милосердя ССР».

5.1.10. Надання отримувачеві соціальних послуг фізичною особою, якій призначено щомісячну компенсаційну виплату, допомогу на догляд в установленому законодавством порядку (крім обслуговування у відділенні організації надання адресної натуральної та грошової допомоги).

5.1.11. Надання отримувачем соціальних послуг іншій особі та отримання ним щомісячної компенсаційної виплати, допомоги на догляд в установленому законодавством порядку.

5.1.12. Відмова отримувача або його законного представника від отримання соціальних послуг.

5.1.13. Несвоечасне внесення плати за отримані послуги протягом одного місяця після пред'явлення суб'єктом рахунка (в разі надання соціальних послуг за плату).

5.1.14. Невиконання отримувачем без поважних причин вимог щодо отримання соціальної послуги з догляду вдома після письмового попередження про припинення чи обмеження її надання або після обмеження надання такої послуги.

5.1.15. Припинення діяльності КЗ «Милосердя ССР».

5.1.16. Смерть отримувача.

5.1.17. Укладення нового договору про надання соціальних послуг.

6. Інші умови Договору

6.1. Договір набирає чинності з _____ і вважається чинним до _____.

6.3. Цей Договір складається у двох примірниках, один з яких зберігається в особовій справі одержувача, інший – передається одержувачу.

6.4. Цей Договір продовжується щорічно, якщо не менше ніж за місяць до закінчення його дії сторони письмово не повідомили про намір щодо його припинення або про зміну стану здоров'я отримувача, групи його рухової активності та даних медичного висновку.

6.5. Зміни до цього Договору вносяться шляхом укладення додаткової угоди, засвідченої підписами сторін.

6.6. Договір укладається після визначення індивідуальних потреб у соціальних послугах та ознайомлення отримувача з умовами та порядком їх надання.

6.7 Договір може бути укладений із третьою особою на користь особи, яка потребує соціальних послуг.

Місцезнаходження (місце проживання/перебування) та підписи сторін:

Комунальний заклад «Милосердя
Слобожанської селищної ради»
Місце знаходження :
52005, Дніпровський район
смт. Слобожанське,
вул. Теплична,31
Телефон : 753-63-23
п/р _____
МФО 805012
Код за ЕДРПОУ 40748908
Підпис директора _____

МП

Секретар селищної ради (виконкому)

Громадянин _____

Місце проживання/перебування
zareєстровано за адресою: _____

Телефон _____

Документ, що посвідчує особу (паспорт)
(серія, номер, ким, коли виданий)

Реєстраційний номер облікової картки
платника податків _____
(за наявності)

Підпис _____

Л.В.Лагода

КАРТА
визначення індивідуальних потреб отримувача соціальних послуг

Комунальний заклад «Милосердя ССР»

«__» _____ 20__ р.

I. Відомості про отримувача соціальних послуг

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження _____

Місце проживання/перебування (адреса):

Телефон _____

Категорія:

- особа похилого віку
 особа з інвалідністю (вказати групу) _____
 хворий
 інша (вказати, яка) _____

II. Матеріальний стан

(заповнюється за згодою отримувача соціальних послуг (далі – отримувач))

Види доходів (пенсія, державна соціальна допомога, інші джерела)	Розміри доходів
<input type="checkbox"/> Пенсія за віком	
<input type="checkbox"/> Пенсія по інвалідності	
<input type="checkbox"/> Державна соціальна допомога на догляд за інвалідом або дитиною-інвалідом	
<input type="checkbox"/> Пенсія у зв'язку з втратою годувальника	
<input type="checkbox"/> Допомога по тимчасовій непрацездатності	
<input type="checkbox"/> Допомога по безробіттю	
<input type="checkbox"/> Інше (вказати)	

Наявність додаткових доходів (вказати) (зі слів отримувача) _____

Сукупний дохід за місяць (зі слів отримувача) _____

Середньомісячний сукупний дохід (зі слів отримувача) _____

III. Сім'я та оточення

Сімейний стан:

одружений(а); неодружений(а);

удівець/удова; розлучений(а)

Наявність працездатних рідних або осіб, які відповідно до законодавства повинні забезпечити отримувачеві догляд і допомогу (вказати) _____

(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання/перебування)

Можливість скористатися допомогою рідних, сусідів, друзів:

- допомога рідних (у чому можуть допомогти) _____
- друзі (у чому можуть допомогти) _____
- сусіди (у чому можуть допомогти) _____

IV. Соціальне функціонування

Навички до самообслуговування

Можливості отримувача	Без допомоги		Чи надається отримувачеві допомога		Якщо так, то чи є достатньою ця допомога	
	Так	Ні	Так	Ні	Так	Ні
1. Пересування у приміщенні						
2. Пересування за межами будинку						
3. Користування громадським транспортом						
4. Здатність до самообслуговування						
купання						
одягання						
прання						
читання						
здійснення покупок						
приготування їжі						
харчування						
користування телефоном						
прибирання						
інше (вказати)						

Відповідно до шкали оцінки елементарних дій визначено _____ балів.

Відповідно до шкали оцінки складних дій визначено _____ балів.

Ступінь індивідуальної потреби отримувача – _____.

Потреба в реабілітаційному обладнанні / допоміжних засобах

Назва обладнання пристроїв, засобів	Використовується	Потребує ремонту, заміни	Потребує, але не має
<input type="checkbox"/> Палиця			
<input type="checkbox"/> Ходунки			
<input type="checkbox"/> Милиці			
<input type="checkbox"/> Інвалідне крісло колісне			
<input type="checkbox"/> Протез			
<input type="checkbox"/> Памперси			
<input type="checkbox"/> Меблі для сидіння			
<input type="checkbox"/> Лікарняне ліжко			

<input type="checkbox"/> Допоміжні засоби для особистої гігієни (крісла-стільці, сидіння на унітаз тощо)			
<input type="checkbox"/> Інше (вказати)			

Потреби в наданні соціальних послуг

Найменування соціальних послуг	Рекомендації	Безоплатно	На платній основі	Із встановленням диференційованої плати
<input type="checkbox"/> Догляд вдома				
<input type="checkbox"/> Догляд стаціонарний				
<input type="checkbox"/> Денний догляд				
<input type="checkbox"/> Паліативний/хоспісний догляд				
<input type="checkbox"/> Послуга соціальної адаптації				
<input type="checkbox"/> Консультування				
<input type="checkbox"/> Представництво інтересів				
<input type="checkbox"/> Соціальна профілактика				
<input type="checkbox"/> Посередництво (медіація)				
<input type="checkbox"/> Соціально-економічні				
<input type="checkbox"/> Транспортні				
<input type="checkbox"/> Інші (вказати)				

V. Висновки

Відповідно до ступеня індивідуальної потреби отримувача встановлено групу рухової активності (необхідне підкреслити):

- I група;
- II група;
- III група;
- IV група;
- V група.

Підпис соціального працівника, який визначав індивідуальні потреби

_____ (прізвище, ініціали)

Підпис директора закладу

_____ (прізвище, ініціали)

Примітка. Карта визначення індивідуальних потреб отримувача соціальних послуг заповнюється на підставі даних опитування, спостереження, ступеня індивідуальної потреби отримувача та аналізу документів (медичного висновку про здатність до самообслуговування, довідки про склад сім'ї, довідки про доходи (за наявності) тощо).

Секретар селищної ради (виконкому)

Л.В.Лагода

АКТ

обстеження матеріально-побутових умов

(складається Комунальним закладом «Милосердя Слобожанської селищної ради») за згоди особи, яка потребує надання соціальних послуг)

1. Прізвище _____ ім'я _____ по батькові _____
2. Дата народження _____
3. Місце проживання/перебування (адреса) _____
_____ телефон _____
4. Реєстрація місця проживання/перебування _____
5. Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для осіб, які мають відмітку у паспорті про право здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта) _____
6. Вид доходів (необхідне підкреслити): пенсія за віком, пенсія по інвалідності, пенсія у зв'язку з втратою годувальника, пенсія за вислугу років, державна соціальна допомога, допомога по безробіттю, допомога по тимчасовій непрацездатності, інше (зазначити) _____
7. Розмір доходів (на місяць) (зі слів особи) _____ грн _____ коп.
8. Додаткові прибутки (сума на рік) (зі слів особи) _____
9. Інші види допомоги, в тому числі соціальні послуги, що надаються недержавними (благодійними, релігійними) організаціями (зі слів особи) _____
10. Номер пенсійного посвідчення (посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу) _____
11. Група інвалідності (за наявності) (вказати причину та групу інвалідності, дату встановлення) _____
12. Сімейний стан _____
13. Наявність родичів або осіб, зобов'язаних за законом утримувати особу (вказати ступінь родинних зв'язків, прізвища, імена, по батькові, дати народження, місця проживання/перебування, телефони) _____

14. Має на утриманні малолітніх, неповнолітніх дітей, дітей з інвалідністю, осіб похилого віку, осіб з інвалідністю (необхідне підкреслити, вказати прізвища, імена, по батькові, місця їхнього проживання) _____

15. Є постраждалим від стихійного лиха, катастрофи (зазначити назву, дату та номер документа) _____
16. Умови проживання (необхідне підкреслити): квартира державна (ізольована, комунальна), кооперативна, приватизована, неprivатизована, придбана, приватний будинок, орендоване житло, поверх _____, кількість кімнат _____, площа _____ (кв. метрів).

17. Наявність комунальних вигод (необхідне підкреслити): ванна, санвузол, центральне водопостачання, колодязь/колонка, опалення (центральне, пічне, індивідуальне газове), ліфт, без комунальних вигод.

18. Наявність присадибної ділянки: так, ні (необхідне підкреслити), за наявності – її площа _____ (гектарів).

19. Пільги з оплати житлово-комунальних послуг _____

20. Потребує (необхідне підкреслити):

забезпечення одягом, взуттям, іншими предметами першої необхідності; ліками, предметами медичного призначення, предметами побутової гігієни, продовольчими і промисловими товарами, гарячими обідами, іншим

(зазначити) _____;

надання швацьких, кравецьких, перукарських чи інших послуг (зазначити) _____;

заготівлі та завезення палива, розпилювання дров, іншого (зазначити) _____;

ремонту вікон, дверей, квартири (будинку), санвузла, даху, огорожі, побутової техніки, радіоапаратури, холодильника, взуття, іншого (зазначити) _____;

_____;

грошової, натуральної допомоги;

транспортних послуг (вказати періодичність та пункти переміщення)

Висновок комісії (вказати послуги, які для особи передбачено відповідно до законодавства): _____.

З актом ознайомлений(на) _____
(прізвище, ім'я, по батькові особи) _____ (підпис)

Члени комісії:

_____ (посада) _____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

_____ (посада) _____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

_____ (посада) _____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

Дата обстеження _____ 20__ року

Секретар селищної ради (виконкому)

Л.В.Лагода