

В ГБУ "КЦСОН Московского района города Нижнего
Новгорода"

(наименование органа (уполномоченной организации, поставщика социальных
услуг), в который предоставляется заявление)

от

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

(дата рождения гражданина) (СНИЛС гражданина)

, выдан:

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(гражданство, сведения о месте проживания (пребывания) на территории
Российской Федерации)

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

От*(1)

(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**

ИПНСУ № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Прошу предоставить мне социальные услуги в форме:

полустационарного обслуживания в отделении дневного пребывания, оказываемые

(указывается форма (формы) социального обслуживания)

ГБУ "КЦСОН Московского района г. Нижнего Новгорода"

(указывается желаемый (желаемые) поставщик (поставщики) социальных услуг)

Нуждаюсь в социальных услугах:

социально-бытовых: – обеспечение питанием согласно утвержденным нормативам – ежедневно 5 дней в неделю в соответствии с режимом работы поставщика социальных услуг; - организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми, - в соответствии с планом мероприятий поставщика социальных услуг;

социально-медицинских: - организация первичного медицинского осмотра – при поступлении получателя социальных услуг в организацию социального обслуживания (в день заключения договора); - проведение оздоровительных мероприятий – в соответствии с планом мероприятий поставщика социальных услуг; - оказание первой доврачебной помощи – по мере обращения с учетом потребности; - выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателя социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления) – 2-3 раза в неделю в соответствии с назначениями врача; - проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни, – 3 раза в неделю в соответствии с планом мероприятий поставщика социальных услуг; - проведение занятий по адаптивной физической культуре – не более 2 раз в неделю; - консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья получателя социальных услуг, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателем социальных услуг для выявления отклонений в состоянии здоровья) – ежедневно; - систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья – в течение срока, определенного индивидуальной программой предоставления социальных услуг;

социально-психологических: - социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений, – не менее 1 раза в неделю; - психологическая помощь и поддержка – по личному обращению получателя социальных услуг;

социально-трудовых: - проведение мероприятий по использованию остаточных трудовых возможностей - при установлении потребности; - консультирование по вопросам самообеспечения – при установлении потребности не более 1 раза в неделю;

социально-правовых: - консультирование по вопросам, связанным с защитой прав и законных интересов получателя социальных услуг в сфере социального обслуживания, и по вопросам установленных мер социальной поддержки – по обращению получателя социальных услуг 1 раз в неделю;

услугах в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов: - проведение социально – реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания – при установлении потребности; - обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах – при установлении потребности.

В предоставлении социальных услуг нуждаюсь по следующим обстоятельствам*(2):

частичная утрата способности либо возможности осуществлять жизненное самообслуживание,

(указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности)

самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности.

Условия проживания и состав семьи: проживающая в семье, жилищные условия – хорошие

(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. № 152-ФЗ "О персональных данных" *(4) для включения в реестр получателей социальных услуг: согласен / не согласен

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

“ _____ ” _____ г.
(дата заполнения заявления)

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

*(2) В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28 декабря 2013г N 442-ФЗ « Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

*(3) Статьи 31 и 32 Федерального закона от 28 декабря 2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

*(4) Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2010, № 31, ст. 4196; 2011, № 31, ст. 4701, 2013, № 30, ст. 4038

В соответствии с подпунктом 6.1. п.6 Правительства Нижегородской области № 268 от 06.05.2015 г. «Об утверждении размера платы за предоставление социальных услуг и порядка ее взимания в государственных учреждениях социального обслуживания Нижегородской области» согласен(на)/(не согласен) вносить плату за предоставление социальных услуг наличными денежными средствами.

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

“ _____ ” _____ г.
(дата заполнения заявления)

Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство в виде предоставления социально – медицинских услуг.

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

“ _____ ” _____ г.
(дата заполнения заявления)

Разрешаю / не разрешаю фото (видео) съемку для освещения мероприятий в ОДП.

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

“ _____ ” _____ г.
(дата заполнения заявления)