



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

29.11.2024

№ 41

Об определении Порядка организации сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области

В соответствии со статьей 9¹ Федерального закона от 24 ноября 1995 года 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 03.07.2024 № 910 «Об утверждении Правил организации сопровождаемого проживания инвалидов»:

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Определить Порядок организации сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области согласно приложению к настоящему приказу.
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника Департамента социальной защиты населения Томской области Костыреву И.М.
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2025 года.

Начальник Департамента



М.А. Киняйкина

Государственная регистрация
Дата: 02.12.2024
Номер: 1606-59/2024

Приложение
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Томской области
от 29.11.2024 № 41

Порядок
организации сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет процедуру организации сопровождаемого проживания в части предоставления инвалидам старше 18 лет при наличии 2 или 3 степени ограничения хотя бы одной из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением, неспособных вести самостоятельный образ жизни без помощи других лиц, проживающих в Томской области (далее – инвалид).

2. Сопровождаемое проживание организуется в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности инвалида, и создания необходимых условий для успешной адаптации инвалида к самостоятельной жизни.

Сопровождаемое проживание направлено на обеспечение проживания инвалидов в домашних условиях, повышение способности инвалидов к самообслуживанию и удовлетворению основных жизненных потребностей (осуществлению трудовой и иной деятельности, досугу и общению).

3. Перечень, объем, периодичность, продолжительность, описание предоставляемых услуг (стандарт услуг) сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области определяются в соответствии с приложением № 1 к настоящему Порядку.

4. Уполномоченными организациями на оказание услуг сопровождаемого проживания инвалидов являются организации социального обслуживания, включенные в Реестр поставщиков социальных услуг Томской области, и предоставляющие социальные услуги в форме социального обслуживания на дому (далее - поставщик социальных услуг).

5. Нуждаемость инвалида в сопровождаемом проживании, а также объем, периодичность и продолжительность предоставляемых инвалиду услуг сопровождаемого проживания устанавливаются подведомственными Департаменту социальной защиты населения Томской области областными государственными казенными учреждениями (центрами социальной поддержки населения муниципальных районов или городских округов Томской области (далее – уполномоченная организация) по месту жительства (пребывания)

инвалида с учетом критериев, применяемых для установления нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании (с учетом ограничений жизнедеятельности и нарушенных функций организма), определения объема, периодичности и продолжительности предоставления услуг по сопровождаемому проживанию, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 июля 2023 года № 606н «Об утверждении критериев, применяемых для установления нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании (с учетом ограничений жизнедеятельности и нарушенных функций организма), определения объема, периодичности и продолжительности предоставления услуг по сопровождаемому проживанию» (далее - Приказ № 606н, критерии).

2. Установление нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании

6. Для предоставления сопровождаемого проживания инвалид (представитель инвалида) предоставляет в уполномоченную организацию лично или посредством почтового отправления заявление о предоставлении услуг сопровождаемого проживания по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку (далее – заявление) и следующие документы:

1) копия документа, удостоверяющего личность инвалида;

2) копии документов, удостоверяющих личность представителя, и подтверждающих полномочия представителя (в случае предоставления заявления представителем инвалида);

3) копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, подтверждающей наличие у инвалида 2 и (или) 3 степени ограничения хотя бы одной из следующих основных категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением (предоставляется в случае отсутствия сведений в государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере»);

4) заключение медицинской организации, выданное в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 года № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний» (далее – Приказ № 202н, заключение медицинской организации);

5) копия решения суда о признании инвалида недееспособным или ограниченно дееспособным (в случае предоставления сопровождаемого проживания недееспособному или ограниченному в дееспособности гражданину);

6) справка с места работы (учебы) инвалида, содержащая сведения о фактическом местонахождении рабочего (учебного) места инвалида, графике работы (учебы) инвалида;

7) копия направления медицинской организации на получение медицинских услуг, медицинских реабилитационных (абилитационных) услуг;

8) согласие инвалида (его законного представителя) на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

7. Уполномоченная организация регистрирует заявление в автоматизированной системе «Единая система социальной защиты населения» (АС «ЕССЗН») в день поступления заявления и документов, предусмотренных пунктом 6 настоящего Порядка.

8. Заявление рассматривается уполномоченной организацией в срок не позднее 10 рабочих дней с даты его регистрации посредством принятия решения о нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании и о предоставлении услуг сопровождаемого проживания либо решения об отсутствии нуждаемости в сопровождаемом проживании.

9. Установление нуждаемости инвалида в предоставлении сопровождаемого проживания включает проведение следующих мероприятий:

1) оценку трудностей, испытываемых инвалидом в выполнении задач и действий, необходимых для осуществления жизнеустройства в домашних условиях, и проблем, возникающих при его вовлечении в жизненные ситуации, с учетом имеющихся ограничений основных категорий жизнедеятельности и степени их выраженности, указанных в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (далее - нарушение автономии инвалида);

2) определение в соответствии с Приказом № 606н оценки нарушения автономии инвалида в диапазоне от 23 до 272 баллов и степень выраженности нарушения автономии инвалида:

I степень - незначительные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 23 до 68 баллов.

II степень - умеренные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 69 до 136 баллов.

III степень - выраженные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 137 до 204 баллов.

IV степень - значительно выраженные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 205 до 272 баллов.

10. В случае принятия решения о нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании и о предоставлении услуг сопровождаемого проживания уполномоченное учреждение разрабатывает индивидуальную программу сопровождаемого проживания инвалида (далее - ИПСП) по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку в пределах срока, предусмотренного пунктом 8 настоящего Порядка.

11. Основаниями для принятия решения об отсутствии нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании являются следующие обстоятельства:

1) отсутствие у инвалида 2 и (или) 3 степени ограничения из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением;

2) степень выраженности нарушения автономии инвалида, определенная с учетом критериев, составляет менее 23 баллов;

3) наличие близких родственников, опекуна или попечителя из числа физических лиц, имеющих возможность обеспечивать уход за инвалидом;

4) наличие медицинских противопоказаний, указанных в заключении медицинской организации.

12. Уполномоченная организация уведомляет инвалида (представителя заявителя) о принятии решения о нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании и о предоставлении услуг сопровождаемого проживания или решения об отсутствии нуждаемости в сопровождаемом проживании в срок не позднее 5 календарных дней с даты принятия решения о нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании и о предоставлении услуг сопровождаемого проживания или решения об отсутствии нуждаемости в сопровождаемом проживании, одним из следующих способов:

1) посредством электронной почты - по адресу, указанному в заявлении;

2) посредством почтового отправления - по адресу, указанному в заявлении (при отсутствии сведений об адресе электронной почты инвалида (представителя инвалида)).

13. Поставщик социальных услуг предоставляет инвалиду услуги сопровождаемого проживания в соответствии с договором по форме согласно приложению № 4 к настоящему Порядку (далее - договор), заключенным с инвалидом (представителем инвалида).

14. Услуги сопровождаемого проживания предоставляются безвозмездно на весь срок нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании.

Срок нуждаемости в сопровождаемом проживании определяется уполномоченной организацией в соответствии с заявлением инвалида в пределах срока, на который установлена инвалидность со 2 или 3 степенью ограничения по одной и (или) более из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением.

15. В целях уточнения, корректировки предоставляемых услуг в рамках сопровождаемого проживания не реже одного раза в 3 года уполномоченной организацией проводится повторное установление нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании с учетом критериев.

Повторное установление нуждаемости в сопровождаемом проживании проводится:

1) в период действия ИПСП на основании заявления инвалида по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку или по мотивированному предложению поставщика социальных услуг;

2) по окончании срока действия ИПСП в связи с окончанием срока инвалидности.

16. Основанием для приостановления предоставления услуг по сопровождаемому проживанию является заявление инвалида (представителя инвалида) о выбытии инвалида с места жительства на срок до 30 календарных дней.

17. Основаниями для прекращения предоставления услуг по сопровождаемому проживанию являются следующие обстоятельства:

1) смерть инвалида;

2) отсутствие 2 или 3 степеней ограничения хотя бы одной из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением;

3) определение степени выраженности нарушения автономии инвалида в соответствии с критериями менее 23 баллов при повторном установлении нуждаемости;

4) выявление медицинских противопоказаний на основании заключения медицинской организации в соответствии с Приказом № 202н;

5) нахождение на круглосуточном стационарном лечении в медицинской организации сроком более 30 календарных дней;

6) окончание срока реализации ИПСП;

7) поступление заявления инвалида (представителя инвалида) о досрочном завершении сопровождаемого проживания по форме согласно приложению № 5 к настоящему Порядку.

18. При наличии оснований, предусмотренных пунктами 16, 17 настоящего Порядка, поставщик социальных услуг уведомляет уполномоченную организацию в срок не позднее 1 рабочего дня, следующего за днем их установления, для принятия решения о приостановлении (прекращении) предоставления услуг сопровождаемого проживания и исключения инвалида из числа получателей услуг сопровождаемого проживания со дня приостановления (прекращения) предоставления услуг.

19. Предоставление инвалиду услуг сопровождаемого проживания приостанавливается (прекращается) со дня, следующего за днем наступления обстоятельства, являющегося основанием для принятия решения о приостановлении (прекращении) предоставления услуг.

20. Восстановление приостановленных услуг сопровождаемого проживания осуществляется на основании заявления инвалида или его представителя по форме согласно приложению № 6 к настоящему Порядку с даты, указанной в заявлении.

Приложение № 1
к Порядку организации
сопровождения
проживания инвалидов
в Томской области

Перечень, объем, периодичность, продолжительность,
описание предоставляемых услуг (стандарт услуг) сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области

| Наименование услуги | Описание услуги | Объем услуги | Периодичность услуги (с учетом степени выраженности автономии в соответствии с Приказом № 606н) | Продолжительность услуги | Наименование профессии сотрудника, оказывающего услугу |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. Оказание персональной помощи в передвижении | Персональное сопровождение и помощь инвалиду к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и обратно, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур в пределах одного муниципального образования или агломерации Томской области | Не более 2 раз в сутки | По запросу | Не более 6 часов в сутки | Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Оказание персональной помощи в получении информации | Персональная помощь в разъяснении порядка предоставления и получения услуги; в оформлении документов, о порядке получения услуг за пределами места, помещения, территории организаций, предоставляющих услуги | Не более 2 раз в сутки | По запросу | Не более 6 часов в сутки | Социальный работник; ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья; помощник по уходу; сиделка; социальный педагог |
| 3. Оказание персональной помощи в ориентации | Персональная помощь и (или) содействие в ориентации в пространстве внутри и вне помещения, в том числе с помощью технических средств реабилитации, в процессе выполнения повседневного распорядка, в целях приобретения, получения товаров, услуг за пределами места, помещения, территории организаций, предоставляющих услуги | Не более 2 раз в сутки | По запросу | Не более 6 часов в сутки | Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Оказание персональной помощи в коммуникации | Персональная помощь и содействие межличностной коммуникации инвалидов в процессе взаимоотношений, в том числе формальных в различных службах, в общении с использованием средств связи, технических средств реабилитации (изделий) за пределами места, помещения, территории организаций, предоставляющих услуги | Не более 2 раз в сутки | По запросу | Не более 6 часов в сутки | Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья |

Приложение № 2
к Порядку организации
сопровождаемого
проживания инвалидов
в Томской области

Форма

В _____
(наименование уполномоченной организации, в которую
предоставляется заявление)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида)

(дата рождения, СНИЛС инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской
области)

(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

(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 услуг сопровождаемого проживания

Прошу _____ (вписать слова «предоставить», «уточнить»,
«скорректировать») услуги сопровождаемого проживания, оказываемые поставщиком
социальных услуг _____

(указывается поставщик социальных услуг)

На срок:
пожизненно ___; на период инвалидности ___, на период с _____ по _____

В предоставлении (корректировке, уточнении) услуг сопровождаемого проживания
нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

| Обстоятельства, с учетом которых предоставляются услуги сопровождаемого проживания | Отметка о наличии обстоятельств: (вписать слова по смысловому содержанию) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности | |
| в целях адаптации к самостоятельной жизни | |
| обстоятельства, объективно препятствующие выполнению членами семьи, в том числе близкими родственниками инвалида, обязанностей по уходу за ним (в случае обращения о предоставлении сопровождаемого проживания инвалида, проживающего в семье, или при наличии у него близких родственников | |
| Иные обстоятельства (указать) | |

О себе сообщаю следующие сведения:

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Работаю/учусь: (проставить отметку: «+», «-») | | Текущие условия проживания: (проставить отметку «+», «-») | | | Имею близких родственников (опекуна (попечителя), которые обеспечивают уход в необходимом объёме (проставить отметку «+», «-») | |
| Да | Нет | Одиноко- проживающий | в семье | в стационарной организации социального обслуживания | Да | Нет |
| | | | | | | |

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 – ФЗ «О персональных данных» в связи с предоставлением услуг сопровождаемого проживания: _____ (вписать «согласен» или «не согласен»).

Уведомление о принятом решении прошу направить: _____

(указывается способ направления уведомления: почтовой связью по месту жительства; на адрес электронной почты)

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

« _____ » _____ года
(дата заявления)

К заявлению прилагаются следующие документы и сведения (проставить символ «V»):
1) копия документа, удостоверяющего личность инвалида;
2) копия документа, подтверждающего полномочия законного или уполномоченного представителя, при обращении законного или уполномоченного представителя инвалида, и копия документа, удостоверяющего его личность;

3) копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА инвалида);

4) заключение медицинской организации об отсутствии медицинских противопоказаний для предоставления услуг в рамках организации сопровождаемого проживания;

5) решение суда о признании инвалида недееспособным или ограниченно дееспособным (в случае обращения о предоставлении сопровождаемого проживания недееспособному или ограниченному в дееспособности инвалиду);

6) справка с места работы (учебы) инвалида, содержащая сведения о фактическом местонахождении рабочего (учебного) места инвалида, графике его работы (учебы);

7) копия направления на получение медицинских услуг, медицинских реабилитационных услуг.

Регистрационный номер заявления _____

Дата приема заявления « ____ » _____ 20 ____ года

Специалист: _____
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

-----линия отреза-----

Регистрационный номер заявления _____

Дата приема заявления « ____ » _____ 20 ____ года

Специалист: _____
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Приложение № 3
к Порядку организации
сопровождения
проживания инвалидов
в Томской области

Форма

Индивидуальная программа
сопровождения проживания инвалида (ИПСП)

(наименование организации, уполномоченной на составление индивидуальной программы сопровождения проживания, адрес, контактный номер телефона, адрес электронной почты уполномоченной организации: № _____)

(дата составления ИПСП)

1. Фамилия, имя, отчество (последнее -при наличии)

2. Пол _____ 3. Дата рождения _____

4. Адрес регистрации по месту жительства:

почтовый индекс _____ Район _____

населенный пункт _____ улица _____ дом № _____

корпус _____ квартира _____ телефон _____

5. Адрес проживания по месту жительства:

почтовый индекс _____ район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом

№ _____ корпус _____ квартира _____ телефон _____

6. Семейное положение:

имеет родителей (одного родителя); лицо из числа детей-сирот; лицо из числа детей, оставшихся без попечения родителей; статус не подтвержден в связи с отсутствием сведений о родителях.

7. Место работы/учебы:

почтовый индекс _____ населенный пункт _____

улица _____ дом № _____ телефон _____

8. Сведения об образовании:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Образование | |
| Нет | <input type="checkbox"/> |
| Обучался в интернате (нет документа об общем образовании) | <input type="checkbox"/> |
| Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе | <input type="checkbox"/> |
| Начальное общее образование – 4 класса | <input type="checkbox"/> |
| Основное общее образование – 9 классов | <input type="checkbox"/> |
| Среднее общее образование – 11 классов | <input type="checkbox"/> |
| Профессиональное обучение/профессиональная подготовка | Да <input type="checkbox"/> Обучается сейчас <input type="checkbox"/> |
| Среднее профессиональное образование | Да <input type="checkbox"/> Обучается сейчас <input type="checkbox"/> |
| Высшее образование | Неоконченное высшее <input type="checkbox"/> Окончил <input type="checkbox"/> Обучается сейчас <input type="checkbox"/> |
| Есть диплом или аттестат об образовании | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> |
| Есть свидетельство об обучении по адаптированной основной общеобразовательной программе | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/> |
| Иное (указать) | |
| Указать специальность (и): | |

| | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Хочет ли обучаться /получить образование /профессию? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

9. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа

10. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя инвалида:

(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

11. Документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя инвалида (указать наименование документа): _____ кем выдан _____ когда выдан _____

12. Документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя инвалида (указать наименование документа): _____ серия _____ № _____ кем выдан _____ когда выдан _____

13. Адрес электронной почты (при наличии) _____

14. Индивидуальная программа сопровождаемого проживания разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____

15. Инвалидность:

I группа

II группа

III группа

16. причина инвалидности: _____

17. дата установления группы инвалидности: день _____ месяц _____ год _____

18. группа инвалидности установлена на срок до: _____/бессрочно

19. степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности (в соответствии с ИПРА инвалида)

| Основные категории жизнедеятельности | Степень выраженности ограничений | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | I | II | III |
| Способность к самообслуживанию | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Способность к передвижению | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Способность к ориентации | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Способность к общению | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Способность к обучению | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Способность к трудовой деятельности | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Способность к контролю за своим поведением | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Дееспособность:

дееспособен

ограниченно дееспособен

недееспособен

21. Использование технических средств реабилитации: ДА НЕТ

22. Степень выраженности нарушения автономии инвалида в части самостоятельного проживания инвалида:

I степень (незначительные нарушения); II степень (умеренные нарушения); III степень (выраженные нарушения); IV степень (значительно выраженные);

23. Периодичность предоставления услуг по сопровождаемому проживанию:

по запросу (от 4 до 12 часов в неделю); периодическое (от 12 до 28 часов в неделю); регулярное (от 4 до 8 часов в сутки); постоянное (от 8 до 24 часов в сутки)

24. Социальные услуги инвалиду при организации сопровождаемого проживания оказываются в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг (ИППСУ), разработанной _____

(указывается дата и наименование организации, уполномоченной на признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании)

25. Услуги ассистента (помощника), оказывающего персональную помощь инвалиду в передвижении, получении информации, ориентации и коммуникации, в том числе при содействии в получении образования, содействии трудоустройству, содействии социальной занятости инвалида:

| Наименование услуги | Объем предоставления услуги | Периодичность предоставления услуги | Срок предоставления услуги | Наименование поставщика социальных услуг, специалиста, оказывающего услугу |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Оказание персональной помощи в передвижении | | | | |
| 2. Оказание персональной помощи в получении информации | | | | |
| 3. Оказание персональной помощи в ориентации | | | | |
| 4. Оказание персональной помощи в коммуникации | | | | |

26. Содействие в получении образования Да Нет
27. Содействие в трудоустройстве Да Нет
- 27.1. В том числе в сопровождаемом трудоустройстве Да Нет
28. Содействие в социальной занятости Да Нет

С содержанием индивидуальной программы сопровождаемого проживания согласен

(подпись получателя услуг или его законного
(уполномоченного) представителя)

(расшифровка подписи)

Сотрудник уполномоченной организации, ответственный за составление индивидуальной программы сопровождаемого проживания инвалида

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 4
к Порядку организации
сопровожаемого
проживания инвалидов
в Томской области

Форма

Договор № _____
о предоставлении инвалиду услуг сопровождаемого проживания
« ____ » _____ 20__ года

(полное наименование поставщика социальных услуг),
именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии),
уполномоченного представителя Исполнителя)

(основание правомочия: устав, доверенность, др.)
с одной стороны, и _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) инвалида,
_____, именуемый в дальнейшем «Заказчик»,
признанного нуждающимся в сопровождаемом проживании)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность Заказчика)
проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства Заказчика)
в лице _____
(фамилия, имя, отчество (последнее -- при наличии) законного представителя Заказчика)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя
Заказчика)

действующего на основании _____
(основание правомочия: устав, доверенность, другой документ)
_____, проживающий по адресу: _____

(указывается адрес места жительства законного представителя Заказчика)

с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Сторонами, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать услуги Заказчику на основании индивидуальной программы сопровождаемого проживания инвалида, выданной в установленном порядке (далее - Услуги, индивидуальная программа), которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Сроки и условия предоставления конкретной Услуги устанавливаются в соответствии со сроками и условиями, предусмотренными для предоставления соответствующих Услуг

индивидуальной программой, и в согласованном Сторонами виде являются приложением к настоящему Договору.

3. Место оказания Услуг: _____

(указывается адрес места оказания услуг)

4. По результатам оказания Услуг Исполнитель представляет Заказчику акт сдачи-приемки оказанных Услуг, подписанный Исполнителем, в 2 экземплярах, составленный по форме, согласованной Сторонами, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Взаимодействие Сторон

5. Исполнитель обязан:

1) предоставлять Заказчику Услуги надлежащего качества в соответствии с порядком предоставления социальных услуг, утвержденным уполномоченным органом государственной власти, а также индивидуальной программой и настоящим Договором;

2) предоставлять бесплатно в доступной форме Заказчику (законному представителю Заказчика) информацию о его правах и обязанностях, о видах Услуг, которые оказываются Заказчику, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти Услуги, их стоимости для Заказчика либо о возможности получения их бесплатно;

3) использовать информацию о Заказчике в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации о персональных данных требованиями о защите персональных данных;

4) обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей Заказчика;

5) своевременно и в письменной форме информировать Заказчика об изменении порядка и условий предоставления Услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором, а также их оплаты в случае изменения законодательства;

6) вести учет Услуг, оказанных Заказчику;

7) исполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Договором и нормами действующего законодательства.

6. Исполнитель имеет право:

1) отказать в предоставлении Услуг Заказчику в случае нарушения им условий настоящего Договора, а также в случае возникновения у Заказчика, получающего Услуги в стационарной форме социального обслуживания, медицинских противопоказаний, указанных в заключении уполномоченной медицинской организации;

2) требовать от Заказчика соблюдения условий настоящего Договора;

3) получать от Заказчика информацию, сведения, документы, необходимые для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного предоставления Заказчиком такой информации, сведений, документов, Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления требуемой информации (сведений, документов).

7. Исполнитель не вправе передавать исполнение обязательств по настоящему Договору третьим лицам.

8. Заказчик (законный представитель Заказчика) обязан:

1) соблюдать сроки и условия настоящего Договора;

2) своевременно информировать Исполнителя об изменении обстоятельств, обуславливающих потребность в предоставлении Услуг;

3) информировать в письменной форме Исполнителя о возникновении (изменении) обстоятельств, влекущих изменение (расторжение) настоящего Договора;

4) уведомлять в письменной форме Исполнителя об отказе от получения Услуг, предусмотренных настоящим Договором.

9. Заказчик (законный представитель Заказчика) имеет право:

1) на получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах Услуг, которые будут оказаны Заказчику в соответствии с индивидуальной программой, сроках, порядке и условиях их предоставления, о тарифах на эти Услуги, их стоимости для Заказчика;

2) потребовать расторжения настоящего Договора при нарушении Исполнителем условий настоящего Договора.

3. Стоимость Услуг, сроки и порядок их оплаты

10. Услуги, предусмотренные настоящим Договором, являются безвозмездными.

4. Основания изменения и расторжения Договора

11. Условия, на которых заключен настоящий Договор, могут быть изменены либо по соглашению Сторон, либо в соответствии с действующим законодательством.

12. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон. По инициативе одной из Сторон настоящий Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

13. Настоящий Договор считается расторгнутым со дня письменного уведомления Исполнителем Заказчика об отказе от исполнения настоящего Договора, если иные сроки не установлены настоящим Договором.

5. Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору

14. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия Договора и другие условия

15. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами (если иное не указано в Договоре) и действует до _____.
(указать срок)

16. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

7. Адрес (место нахождения место жительства), реквизиты и подписи Сторон

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Исполнитель Полное наименование исполнителя Адрес (место нахождения) исполнителя ИНН исполнителя Банковские реквизиты исполнителя Должность руководителя исполнителя | Заказчик Фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика Данные документа, удостоверяющего личность Заказчика Адрес места жительства Заказчика Банковские реквизиты Заказчика (при наличии) Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя Заказчика Данные документа, удостоверяющего личность, законного представителя Заказчика Адрес места жительства законного представителя Заказчика |
| _____/_____ (Фамилия, инициалы) (личная подпись) | _____/_____ (Фамилия, инициалы) (личная подпись) |
| М.П. | М.П. |

Приложение № 5
к Порядку организации
сопровождения
проживания инвалидов
в Томской области

Форма

В

(наименование уполномоченной организации, в которую
предоставляется заявление)

ОТ _____,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) инвалида)

(дата рождения, СНИЛС инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской
области)

(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

(адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа,
органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление

о прекращении услуг сопровождаемого проживания инвалида

Прошу прекратить предоставление услуг сопровождаемого проживания инвалида,
оказываемые _____

(указать поставщика социальных услуг)

В предоставлении услуг сопровождаемого проживания не нуждаюсь с _____ (указать
дату, с которой должны быть прекращены услуги).

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального
закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в реестр
получателей услуг сопровождаемого проживания: _____.

(согласен/не согласен)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

« _____ » _____ г.

(дата заполнения заявления)

Приложение № 6
к Порядку организации
сопровожаемого
проживания инвалидов
в Томской области

Форма

В _____
(наименование уполномоченной организации, в которую
предоставляется заявление)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида)

(дата рождения, СНИЛС инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской
области)

(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

(адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа,
органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление

о восстановлении предоставления услуг сопровождаемого проживания инвалида

Прошу восстановить предоставление услуг сопровождаемого проживания,
оказываемые поставщиком (поставщиками) социальных услуг _____

_____ указывает поставщик (поставщики) социальных услуг

с « ____ » _____ 20__ года.

Предоставление услуг сопровождаемого проживания было приостановлено с
« ____ » _____ 20__ года в связи с временным выбытием с места жительства.

Дата заявления « ____ » _____ 20__ года

Подпись инвалида, законного или
уполномоченного представителя

Фамилия, имя, отчество (последнее - при
наличии) инвалида, законного или
уполномоченного представителя