

Индивидуальная программа социального сопровождения семьи с детьми

Ф.И.О. заявителя (законного представителя): _____

Датарождения: _____

Адрес места жительства (почтовый индекс, город/район, улица, дом, квартира): _____

Адрес места работы (почтовый индекс, город/район, улицадом/строение): _____

Контактные телефоны (моб., дом., раб.): _____

E-mail: _____

Куратор семьи (Ф.И.О., должность, отделение): _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг: _____

(указываются Ф.И.О. получателя(ей) социальных услуг, № и дата ИППСУ)

1. Сведения о членах семьи

Ф.И.О. членов семьи (полностью)	Дата рождения	Семейный статус	Социальный статус	Степень родства	Место работы/учебы	Контактная информация
1.						
2.						
<i>Совместно проживающие члены семьи</i>						
3.						
4.						

Дополнительные сведения о семье: _____

2. Индивидуальная программа социального сопровождения семьи разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____

3. Уровень социального сопровождения семьи (нужное подчеркнуть): адаптационный, базовый (профилактический), _____ кризисный, экстренный

4. Информация о причине/обстоятельствах обращения заявителя/семьи

Дата обращения	Категория семьи	Причина обращения (заявленная проблема)	Выявленная проблема	Цель ИПСС	Ожидаемый результат ИПСС

5. План мероприятий по социальному сопровождению

№ п/п	Задача	Содержание мероприятия	Срок реализации	Место проведения	Ответственное лицо, организация	Отметка о выполнении
<i>Медицинская помощь</i>						
1.						
2.						
3.						
<i>Психологическая помощь</i>						
1.						
2.						
3.						
<i>Педагогическая помощь</i>						
1.						
2.						
3.						
<i>Юридическая помощь</i>						
1.						
2.						
3.						
<i>Социальная помощь</i>						
1.						

2.						
3.						

6. Промежуточный контроль результативности мероприятий по социальному сопровождению семьи (по решению социально-психологического консилиума от «__» _____ 20__ г.): _____

7. Оценка эффективности проведенных мероприятий по социальному сопровождению семьи (по решению социально-психологического консилиума от «__» _____ 20__ г.)

8. Результат

Дата снятия семьи с социального сопровождения	Основание для прекращения социального сопровождения семьи	Решение рабочей группы

9. Отказ от социального сопровождения семьи

Наименование вида помощи, от которой отказывается семья	Причины отказа	Дата отказа	Подпись заявителя

10. Заключение о выполнении/продолжении социального сопровождения семьи (по решению социально-психологического консилиума от «__» _____):

11. Рекомендации семье: _____

Председатель Межведомственной рабочей группы
по социальному сопровождению семьи:

_____ Ф.И.О. _____ подпись
« ____ » _____ 20__ г.

М.П.

Члены семьи:

с индивидуальной программой социального сопровождения семьи согласен:

_____ Ф.И.О. _____ подпись
« ____ » _____ 20__ г.

_____ Ф.И.О. _____ подпись
« ____ » _____ 20__ г.

_____ Ф.И.О. _____ подпись
« ____ » _____ 20__ г.

Дата корректировки:
«__» _____ 20__ г.

Дополнение к индивидуальной программе социального сопровождения семьи с детьми

(Ф.И.О. заявителя, законного представителя)
проживающий по адресу _____

№ п/п	Задача	Содержание мероприятия	Срок реализации	Место проведения	Ответственные лица	Отметка о выполнении
1.						
2.						

Председатель Межведомственной рабочей группы

по социальному сопровождению семьи: _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Члены семьи: _____
(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)

(подпись) (расшифровка подписи)