

«Акт обследования материально-бытовых условий проживания гражданина»

(филиал ЛОГКУ «ЦСЗН»)

№__ от «__» _____ 20__ года

Дата подачи заявления: «__» _____ 20__ г.

Обращается: первично, повторно (подчеркнуть)

1. Автобиографические данные

ФИО _____

Адрес проживания (фактический) _____

Адрес места регистрации (при наличии) _____

Наличие действующей индивидуальной программы реабилитации инвалида, выданной учреждением медико-социальной экспертизы: нет, да. (подчеркнуть)

Место работы (для работающих): _____,

неработающий: зарегистрирован как безработный, не зарегистрирован (подчеркнуть)

2. Жилищные условия и имущественное положение

Жилищные условия: дом; квартира (количество комнат - _____); комната в коммунальной квартире, общежитии, другое _____

Этаж __, лифт (да, нет), пандус (да, нет)

Условия и основания пользования жильем: _____

Отсутствие _____ жилья _____ (причины): _____

Жилье: завещано, оформлен договор дарения, договор пожизненной ренты, договор пожизненного содержания с иждивением (подчеркнуть)

Удаленность жилья от: транспортных коммуникаций (км) _____

продовольственных и промтоварных магазинов (км) _____

почты, сберегательного банка (км) _____

Наличие удобств: отопление централизованное, автономное, газовое, с использованием привозного сырья (уголь, торф, дрова) (подчеркнуть)

водоснабжение централизованное (холодная, горячая (газовая колонка), колодец, родник, колонка для набора воды, другое _____

Расстояние до источника водоснабжения (км) _____

Ванная, баня, стиральная машина (механическая, автомат), канализация (да, нет) (подчеркнуть)

Обстановка в квартире: наличие необходимой мебели (какой?) _____

Наличие специальных средств для адаптации инвалида в быту (в квартире, в подъезде, во дворе) _____ какие? _____

3. Семейное положение

Семейный статус: женат (замужем), разведен (разведена), есть дети (совершеннолетние или нет) _____

Статус проживания: одинокий(ая); отдельно проживающий(ая), проживающий с иными родственниками, другое _____

Семейно-бытовые взаимоотношения: нормальные, сложные, иное (расшифровать) _____

Состав семьи, в которой проживает заявитель

Ф.И.О.	Степень родства с заявителем	Место проживания (регистрации)

4. Наличие показаний/противопоказаний к социальному обслуживанию

Предоставление социального обслуживания на дому: осуществлялось (срок, поставщик), не осуществлялось (подчеркнуть);

Предоставление социального обслуживания в стационарных учреждениях социального обслуживания: осуществлялось (срок, поставщик), не осуществлялось (подчеркнуть);

Нуждается в предоставлении социального обслуживания в стационарных учреждениях социального обслуживания (подчеркнуть);

Не нуждается в предоставлении социального обслуживания в стационарных учреждениях социального обслуживания (подчеркнуть).

Медицинские противопоказания: есть, нет.

Дееспособен, ограниченно дееспособен, недееспособен (подчеркнуть)

Основание: справка клинико-экспертной комиссии N ____ от _____ 20__ г.

выдана _____

(наименование медицинской организации)

5. Возможности выполнения различных видов деятельности и оценка факторов риска

Количество баллов по шкале оценки возможностей выполнения элементарной деятельности Бартела (с приложением анкеты): _____

Количество баллов по шкале оценки возможностей выполнения сложных действий Лаутона (с приложением анкеты): _____

Выявленные факторы риска, отягощающие или способствующие ухудшению условий жизнедеятельности гражданина: _____

Отсутствие родственников (полное отсутствие, по месту проживания, в данном населенном пункте, другое) _____

Одиночество; _____

Проживание в доме с частичными удобствами, проживание в доме без удобств, аварийное состояние жилья, отсутствие жилья, в том числе вследствие пожара и других непредвиденных обстоятельств (подчеркнуть)

Сложная психологическая обстановка, несовместимость проживания с родственниками, высокий риск для жизни вследствие отсутствия наблюдения (подчеркнуть);

Другие факторы (какие?) _____

Степень индивидуальной нуждаемости гражданина в предоставлении социального обслуживания

Заключение
по результатам оценки индивидуальной нужды

Рекомендована форма социального обслуживания (нужное подчеркнуть):

Стационарная с постоянным проживанием

Стационарная с временным проживанием

Полустационарная с дневным пребыванием

На дому (с обеспечением присмотра/без обеспечения присмотра)

Директор филиала ЛОГКУ «ЦСЗН» (либо руководитель медицинской организации психиатрического профиля в случае прохождения лечения в данной организации)

Ф.И.О. _____ Подпись

М.П.

Сотрудники филиала ЛОГКУ «ЦСЗН» (медицинской организации психиатрического профиля), проводившие оценку индивидуальной нужды:

Должность _____ Ф.И.О. _____ Подпись

Должность _____ Ф.И.О. _____ Подпись