

Государственное бюджетное учреждение Пермского края
«Центр комплексной реабилитации инвалидов»
г. Пермь

ПРИКАЗ

11.04.2024

№ 31

**Об утверждении Положения о порядке
предоставления социальных услуг в
полустационарной форме социального обслуживания
(реабилитационные услуги)
в ГБУ ПК «ЦКРИ»**

В целях реализации Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Закона Пермского края от 08 декабря 2014 г. № 405 Пермского края «О перечне социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Пермском крае», приказа Министерства социального развития Пермского края от 31 октября 2014 г. № СЭД-33-01-03-555 «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания», государственных стандартов, необходимостью повышения качества и доступности услуг в государственном бюджетном учреждении Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (далее - Учреждение),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Положение о порядке предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания (реабилитационные услуги) в ГБУ ПК «ЦКРИ» согласно Приложения 1 к настоящему приказу.

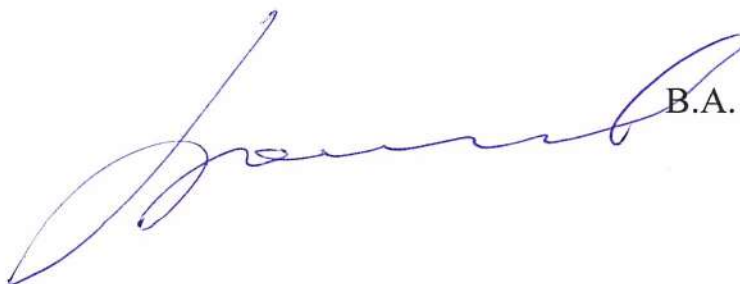
2. Заведующим Отделениями ознакомить работников соответствующих Отделений под роспись.

3. Секретарю руководителя Степаненко О.А. ознакомить руководителей структурных подразделений Учреждения с настоящим приказом под роспись.

4. Настоящий приказ вступает в силу с момента даты подписания и действует до момента отмены.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



В.А. Бронников

УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБУ ПК «ЦКРИ»
_____ В.А. Бронников

« ____ » _____ 202__ г.

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке предоставления социальных услуг в полустационарной форме
социального обслуживания (реабилитационные услуги)
в ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение о порядке предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания (реабилитационных услуг) в ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (далее – Положение, Услуги, Учреждение) устанавливает правила зачисления граждан на социальное обслуживание в Учреждение и регламентирует процесс предоставления услуг в Учреждении.

1.2. В настоящем Положении используются следующие понятия:

Абилитационная услуга инвалиду (в том числе ребёнку-инвалиду) – действие реабилитационных служб, заключающееся в оказании помощи в формировании способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определённых видов деятельности.

Индивидуальный реабилитационный план – перечень реабилитационных мероприятий, сформированный специалистом отделения медико-социальной реабилитации Учреждения по основным направлениям комплексной реабилитации, определяемый на текущий курс с учетом реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза для конкретного инвалида или ребенка-инвалида.

Направление – именной документ, выдаваемый инвалиду, ребёнку-инвалиду органом социальной защиты населения по месту регистрации по месту жительства для

предъявления конкретному государственному реабилитационному центру, в целях прохождения реабилитации по одной из реабилитационных программ (в зависимости от возраста, степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности, диагноза заболевания, группы инвалидности, срока установления инвалидности).

Получатель социальных услуг – гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги.

1.3. В настоящем Положении реализованы нормы:

– федеральных законов:

«Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ;

«О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ;

«О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»;

- ГОСТов:

ГОСТ Р 53874-2017. Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг

ГОСТ Р 58258-2018 Реабилитация инвалидов. Система реабилитации инвалидов и абилитации детей-инвалидов

ГОСТ Р 53059-2019. Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам

ГОСТ Р 52143-2021. Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг

ГОСТ Р 54738-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов.

ГОСТ Р 52876-2021. Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения

- подзаконных нормативно-правовых актов:

«Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов»: приказа Минтруда России от 23.04.2018 г. № 275;

«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»: Приказ Минздрава России от 02 мая 2023 г. № 202н;

«Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания»: Приказ Минтруда России от 08 августа 2023 г. № 648н;

– нормативно-правовых актов Пермского края:

«О перечне социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в Пермском крае»: закон Пермского края от 08 декабря 2014 года № 405-ПК;

«Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания»: приказ Министерства социального развития Пермского края от 31 октября 2014 года № СЭД-33-01-03-555;

«Об утверждении порядков в сфере реабилитационных услуг»: приказ Министерства социального развития Пермского края от 6 февраля 2015 г. № СЭД-33-01-03-31.

1.4. Получателями Услуг в Учреждении являются:

1.4.1. инвалиды, дети-инвалиды, имеющие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящим к ограничению жизнедеятельности и вызывающим необходимость получения услуг реабилитации (далее – получатель услуги);

1.4.2. граждане трудоспособного возраста, не имеющие инвалидности, но имеющие ограничения жизнедеятельности, вызванные стойкими нарушениями здоровья вследствие перенесенного инсульта, черепно-мозговых и спинно-мозговых травм, травм опорно-двигательного аппарата, прошедшие медицинскую реабилитацию не позднее 1 месяца, предшествующему текущему курсу реабилитации;

1.4.3. граждане трудоспособного возраста, не признанные инвалидами в установленном порядке, но имеющие нарушение функций жизнедеятельности на момент обращения, вызванных нарушениями здоровья вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболеваний, полученных в ходе проведения специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины из числа военнослужащих, лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющих специальное звание полиции, граждан, пребывающих в добровольческих формированиях в связи с исполнением обязанностей по контракту, пребывании в добровольческом формировании.

1.5. Учреждение вправе отказать в предоставлении социальных (реабилитационных) услуг на основании справок и заключения специалистов учреждений здравоохранения о наличии медицинских противопоказаний.

1.5.1. Медицинскими противопоказаниями к предоставлению социальных услуг в полустационарной форме в отделении медико-социальной реабилитации являются следующие заболевания:

- туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева;

- лепра;

- психические расстройства и расстройства поведения при установлении за гражданином или получателем социальных услуг активного диспансерного наблюдения в связи с наличием у лица в структуре психического расстройства симптомов, обуславливающих склонность к совершению общественно опасных действий (на время осуществления активного диспансерного наблюдения);

- хронические и затяжные психические расстройства в стадии обострения, сопровождающиеся продуктивной симптоматикой (галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение);

- синдром зависимости от психоактивного вещества (употребление психоактивного вещества постоянное);
- инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих;
- гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого;
- соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации, подтвержденные диагнозом и/или лабораторными и инструментальными обследованиями.

2. Условия предоставления социальных (реабилитационных) услуг

2.1. Услуги в Учреждении предоставляются получателям услуг на основании направления, выданного Территориальным управлением Министерства социального развития Пермского края.

2.2. Услуги предоставляются в отделении медико-социальной реабилитации г. Перми получателям услуг, указанным в пп. 1.4.1. и 1.4.2. настоящего Положения по реабилитационной программе № 1, указанным в п. 1.4.1. по реабилитационным программам № 2, 3, 4, 5, 6, указанным в п. 1.4.3. настоящего Положения по реабилитационной программе № 5.

2.3. Услуги предоставляются получателям социальных услуг, указанным в п. 1.4.1 по реабилитационным программам № 2, 4, 6 в отделении медико-социальной реабилитации с. Орда; в отделении медико-социальной реабилитации Кировского района г. Перми, Орджоникидзевского района г. Перми, отделениях медико-социальной реабилитации г. Краснокамск, г. Лысьва, г. Чусовой; по реабилитационной программе №11 в отделении медико-социальной реабилитации Свердловского района (Центр ментального здоровья).

2.4. Услуги предоставляются детям-инвалидам в отделении медико-социальной реабилитации г. Перми и отделении медико-социальной реабилитации с. Орда по реабилитационным программам № 9, 10; в отделениях медико-социальной реабилитации Дзержинского района г. Перми, Индустриального района г. Перми, Кировского района г. Перми, Орджоникидзевского района г. Перми, отделениях медико-социальной реабилитации г. Краснокамск, г. Лысьва, г. Чусовой по реабилитационной программе №10.

2.5. При необходимости специалисты и сотрудники Отделений сопровождают инвалидов, имеющих стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, к месту оказания услуг на территории Отделения.

2.6. Правила посещения получателей услуг, их законными представителями, сопровождающими лицами и иными посетителями в Учреждении регулируются Положением о пропускном и внутриобъектовом режиме, утверждённом Приказом директора Учреждения.

2.7. Правила пребывания получателей услуг, их законных представителей и лиц, их сопровождающих в отделениях временного пребывания, регулируются Правилами внутреннего распорядка соответствующего Отделения.

2.8. При получении социальных (реабилитационных) услуг получатель услуг имеет право на:

- информирование в доступной форме о своих правах и обязанностях, видах предоставляемых ему в Учреждении социальных (реабилитационных) услуг, сроках, порядке и условиях их предоставления, о тарифах на услуги и их стоимости;

- пользование услугами связи, в том числе сети "Интернет" и услугами почтовой связи, при получении услуг;
- отказ от получения социальных услуг, оформляемый в виде заявления на отказ от получения услуг;
- участие в формулировке реабилитационных целей, составлении индивидуального реабилитационного плана;
- получение социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами и условиями договоров, заключенных с получателями социальных услуг или их законными представителями;
- обеспечение условий пребывания, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, надлежащий уход;
- свободное посещение законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время во время получения услуг в Учреждении;
- защиту своих прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.9. В процессе получения социальных (реабилитационных) получатель социальных услуг обязан:

- своевременно информировать специалистов Учреждения по месту получения социальных (реабилитационных) услуг об изменении обстоятельств, обуславливающих потребность в предоставлении социальных услуг;
- соблюдать условия договора о предоставлении социальных услуг, заключённого с поставщиком социальных услуг, в том числе при необходимости своевременно и в полном объёме оплачивать социальные услуги при их предоставлении за плату или частичную плату;
- соблюдать санитарные нормы;
- соблюдать правила противопожарной безопасности, утвержденные приказом директора Учреждения;
- бережно относиться к имуществу и оборудованию учреждения, окружающей среде и природным объектам, расположенным на территории учреждения;
- быть вежливым в общении с другими получателями услуг, специалистами Учреждения и иными лицами;
- соблюдать общественный порядок, правила поведения в общественных местах.

2.10. При предоставлении социальных (реабилитационных) услуг сотрудники Учреждения обязаны:

- соблюдать права человека и гражданина;
- обеспечивать неприкосновенность личности и безопасность получателей услуг;
- информировать получателей услуг о правилах пожарной безопасности, правилах техники безопасности при эксплуатации предоставляемого оборудования;
- предоставлять бесплатно в доступной форме получателям услуг или их законным представителям информацию об их правах и обязанностях, о видах предоставляемых социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их

предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости, о порядке и условиях предоставления социальных (реабилитационных) услуг бесплатно или на условиях частичной или полной оплаты;

- использовать информацию о получателях социальных услуг в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями о защите персональных данных, обеспечивать сохранность персональных данных и конфиденциальность информации;

- предоставлять сведения для формирования регистра получателей социальных услуг в Территориальные управления Министерства социального развития Пермского края;

- предоставлять получателям социальных услуг возможность пользоваться услугами связи, в том числе сети "Интернет", и услугами почтовой связи во время получения услуг в Учреждении;

- обеспечивать получателям услуг возможность свободного посещения их законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;

- обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей получателей услуг;

- исполнять иные обязанности, связанные с реализацией прав получателей социальных услуг на социальное обслуживание.

2.11. Сотрудники Отделения при оказании социальных услуг не вправе:

- ограничивать права, свободы и законные интересы получателей социальных услуг, в том числе при использовании лекарственных препаратов для медицинского применения;

- применять физическое или психологическое насилие в отношении получателей социальных услуг, допускать их оскорбление, грубое обращение с ними.

2.12. В Учреждение возможен допуск собаки-проводника для получателей услуг, использующих их как техническое средство реабилитации, порядок и условия допуска собаки-проводника определяется Правилами допуска собаки-проводника согласно Приложению 4 к настоящему Порядку.

2.13. В случае необходимости получателю услуг в Учреждении могут быть предоставлены услуги сурдопереводчика из числа специалистов учреждения, прошедших обучение на курсах повышения квалификации по программам обучения русскому жестовому языку. В случае отсутствия соответствующих специалистов в отделении медико-социальной реабилитации Учреждения получателю услуг содействуют в получении услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика).

3. Сроки предоставления социальных (реабилитационных) услуг

3.1. Срок предоставления социальных (реабилитационных) Услуг в Учреждении в условиях дневного пребывания составляет 21 рабочий день (без учёта выходных и праздничных дней), в условиях временного пребывания - 21 календарный день.

3.2. График заездов на календарный год составляется заведующими отделений медико-социальной реабилитации и утверждается приказом руководителя Учреждения.

4. Этапы предоставления социальных (реабилитационных) услуг

4.1. Этап обращения получателей услуг в Учреждение.

4.1.1. Обращение получателей услуг (его законных представителей, родителей или законных представителей ребенка-инвалида) в Учреждение осуществляется путём телефонного звонка, обращения по электронной почте или личного обращения получателя Услуг (его законного представителя) в соответствующее отделение медико-социальной реабилитации ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», где осуществляется предварительная запись получателя Услуг на конкретный заезд в определенное отделение Учреждения.

4.1.2. При поступлении в Учреждение получатель Услуг (законный представитель получателя Услуг) в первый день заезда представляет следующие документы:

4.1.2.1. для получения услуг в условиях временного пребывания:

- паспорт/свидетельство о рождении ребенка до 14 лет (копия с предоставлением оригинала);
- паспорт законного представителя;
- справка МСЭ об инвалидности;
- полис обязательного медицинского страхования (копия с предъявлением оригинала);
- индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПР/ИПРА);
- Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ);
- направление на оказание реабилитационных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, выданное Территориальным управлением Министерства социального развития Пермского края по месту жительства получателя услуг;
- медицинская документация (выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства, выписные эпикризы из стационаров, рентгеновские снимки, данные МРТ и др. при наличии);
- справка об отсутствии противопоказаний к предоставлению реабилитационных услуг, выдаваемая учреждением здравоохранения (педиатром/терапевтом либо другого медицинским специалистом, с его подписью, заверенная печатью);
- справка об отсутствии инфекций, карантина в доме, отсутствие контактов с инфекционными больными, в т.ч. с COVID-19 за последние 14 дней (действительна в течение 3 дней, (выдается педиатром/терапевтом либо другого медицинским специалистом, с его подписью, заверенная печатью);
- сертификат профилактических прививок или справка о медицинских отводах от прививок;
- результаты анализов: кровь на сифилис (RW), кал на яйца глист, бак анализ на кишечную группу, мазок на дифтерию; лицам старше 14 лет - флюорография легких (либо рентген или КТ легких, либо анализ мокроты на БК для нетранспортабельных лиц).

4.1.2.2. для получения услуг в условиях дневного пребывания:

- паспорт/свидетельство о рождении ребенка до 14 лет (копия с предоставлением оригинала);
- паспорт законного представителя;

- справка МСЭ об инвалидности;
- полис обязательного медицинского страхования (копия с предъявлением оригинала);
- индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПР/ИПРА);
- Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ);
- направление на оказание реабилитационных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, выданное Территориальным управлением Министерства социального развития Пермского края по месту жительства получателя услуг;
- медицинская документация (выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства, выписные эпикризы из стационаров, рентгеновские снимки, данные МРТ и др. при наличии);
- справка об отсутствии противопоказаний к предоставлению реабилитационных услуг, выдаваемая учреждением здравоохранения (педиатром/терапевтом либо другого медицинским специалистом, с его подписью, заверенная печатью);
- справка об отсутствии инфекций, карантина в доме, отсутствие контактов с инфекционными больными, в т.ч. с COVID-19 за последние 14 дней (действительна в течение 3 дней, (выдается педиатром/терапевтом либо другого медицинским специалистом, с его подписью, заверенная печатью).

4.1.3. Приём и регистрация на курс реабилитации получателя услуг в Учреждении осуществляется на основании личного заявления, *информированного добровольного согласия на реабилитацию и согласия на обработку персональных данных (форма 1;3 по Приложению 1 к настоящему Положению)*. В случае наличия обоснованных причин для отказа в получении Услуг получатель Услуг (его законный представитель) должен написать соответствующее заявление (*форма 2 по Приложению 1*).

4.1.4. Специалист, осуществляющий приём документов, оформляет и подписывает с получателем Услуг (его законным представителем) *Договор о предоставлении социальных услуг (форма 4 по Приложению 1)*.

4.1.5. При заключении договора Получатель социальных услуг должен ознакомиться с правилами внутреннего распорядка Отделения.

4.1.6. Специалист, осуществляющий приём документов, заполняет на получателя услуг *титульный лист карты реабилитации (форма 5 по Приложению 1)* в электронном виде в программе «Оптима» и направляет получателя услуг к врачу для проведения первичного медицинского приёма (осмотра).

4.2. Диагностический этап.

4.2.1. При поступлении в Учреждение для получения социальных (реабилитационных) услуг врач отделения медико-социальной реабилитации проводит первичный приём (осмотр) получателя Услуг, изучает медицинскую документацию, предварительно оценивает реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, создает реабилитационный профиль получателя услуг и его ведущие ограничения жизнедеятельности; специалист по реабилитации в электронном виде заполняет врачебный осмотр, диагностические шкалы, вносит данные в электронный бланк реабилитационного профиля, *заполняет лист назначений (форма 6 по Приложению 1)* для получателя услуг, затем по назначениям врача осуществляет дальнейшую маршрутизацию получателя услуг (его законного представителя) к

другим специалистам отделения медико-социальной реабилитации Учреждения для проведения диагностических мероприятий.

4.2.2. Специалисты отделения медико-социальной реабилитации Учреждения проводят первичные диагностические мероприятия, в электронном виде заполняют диагностические шкалы и результаты осмотра получателей услуг; определяют ведущие проблемы (домены) по категориям Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ), в электронном виде вносят данные по выбранным доменам в реабилитационный профиль получателя услуг в программе «Оптима»: цели, задачи, определители, отражающие степень выраженности проблемы в конкретном аспекте функционирования. Первичные мероприятия диагностического этапа выполняются в срок не позднее 3 дней.

4.2.3. В срок не позднее 7 дней от начала заезда проводится первичное заседание мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее – МДРК), на котором утверждается реабилитационный диагноз, выделяются ведущие проблемы Получателей услуг, определяются факторы, влияющие на реабилитационный процесс, формулируются реабилитационные цели и задачи на курс реабилитации для получателей услуг. Допустимо обсуждение реабилитационных целей и планов только для получателей услуг с множественными нарушениями, для получателей услуг, имеющих выраженные или значительно выраженные ограничения жизнедеятельности, либо для получателей услуг, поступивших на реабилитацию впервые. Перечень получателей услуг, подлежащих обсуждению, определяется врачом. Деятельность МДРК регулируется Положением о деятельности мультидисциплинарной реабилитационной команды (*Приложение 2 к настоящему Положению*). Результаты заседания МДРК вносятся в реабилитационный профиль.

4.3. Этап реализации плана реабилитационных мероприятий.

4.3.1. По результатам диагностики специалисты отделения медико-социальной реабилитации Учреждения на основании реабилитационного профиля получателя услуг определяют перечень реабилитационных мероприятий, формулируют совместно с получателем услуг (его законным представителем) реабилитационные задачи, в программе «Оптима» формируют итоговый *лист назначений (форма 6 по Приложению 1)*, согласовывают его с получателем услуг (его законным представителем).

4.3.2. Специалисты отделения медико-социальной реабилитации реализуют запланированные мероприятия, фиксируют информацию об оказании Услуг в соответствующих разделах карты реабилитации с применением программы «Оптима».

4.3.3. Не менее одного раза за период курса оказания получателю Услуг в Учреждении специалисты проводят повторное заседание МДРК, на котором оцениваются промежуточные результаты реабилитации, по необходимости корректируются индивидуальные цели и задачи реабилитации, а также индивидуальный план реабилитационных мероприятий. Результаты заседания МДРК вносятся в реабилитационный профиль (*Форма 1 Приложения 2 к настоящему Положению*).

4.4. Контрольно-оценочный этап.

4.4.1. По итогам процесса оказания социальных (реабилитационных) услуг специалисты отделения медико-социальной реабилитации Учреждения выполняют оценку эффективности реабилитационного процесса: проводят заключительные диагностические мероприятия, в электронном виде в программе «Оптимa» заполняют диагностические шкалы, в реабилитационном профиле по выбранным доменам выставляют определители, отражающие степень выраженности проблемы в конкретном аспекте функционирования.

4.4.2. По окончании курса реабилитации специалисты МДРК проводят итоговое заседание, обсуждают дальнейшие рекомендации, заносят их в соответствующий раздел карты реабилитации в программе «Оптимa». По итогам данного заседания МДРК получателю услуг могут быть даны рекомендации о кратности дальнейших курсов реабилитации в форме заключения. Специалисты по социальной работе осуществляют дальнейшую маршрутизацию получателя услуг в систему реабилитации по месту жительства.

4.4.3. По окончании курса реабилитации из программы «Оптимa» распечатывается карта реабилитации, подписывается в соответствующих разделах заведующим отделением и специалистами, оказывающими Услуги. Получателю услуг (его законному представителю) в бумажном виде выдаётся выписной эпикриз, подписанный врачом.

4.4.4. Итоговый вариант карты реабилитации должен включать в себя следующие разделы:

- титульный лист;
- договор об оказании социальных услуг;
- согласие на обработку персональных данных;
- согласие на реабилитацию;
- врачебные осмотры (невролога/педиатра/ортопеда-травматолога);
- процедурный лист;
- дневник измерения артериального давления и температуры;
- лист назначений;
- осмотры специалистов (психолога/инструктора по физической культуре/логопеда/специалиста по реабилитации);
- реабилитационный профиль;
- оценочные шкалы врачей (невролога/педиатра/ортопеда-травматолога);
- оценочные шкалы специалистов (психолога/инструктора по физической культуре/логопеда/специалиста по реабилитации);
- выписной эпикриз;
- акт об оказании социальных услуг.

4.4.5. По окончании курса реабилитации на основании электронного учёта услуг формируются *акты приёмки-сдачи с приложением перечня оказанных услуг (форма 7 по Приложению 1)*.

4.4.6. По окончании курса оказания услуг заведующий отделением или уполномоченный специалист (специалист по социальной работе, специалист по реабилитации инвалидов или др.) организует оценку степени удовлетворённости получателем услуг (его законным представителем) и качества оказания услуг путём заполнения им *анкеты обратной связи* на официальном сайте ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (*форма 9 по Приложению 1*).

4.4.7. По окончании курса реабилитации осуществляется итоговый контроль и оценка результатов реабилитации. Соответствующая запись о получении и результатах курса реабилитации заведующим отделением вносится в ИПРА, ИППСУ получателя социальных (реабилитационных) услуг в разделе «Отметка о выполнении», после подписи заведующим отделением заверяется печатью Учреждения и передаётся лично получателю услуг.

5. Порядок и условия взимания платы за предоставление социальных (реабилитационных) услуг

5.1. Решение об условиях оказания социальных (реабилитационных) услуг (бесплатно, на условиях частичной или полной оплаты) принимается специалистами Территориального управления Министерства труда и социального развития Пермского края по месту жительства получателя услуг в соответствии с Приказом Министерства социального развития Пермского края «Об установлении размера платы за предоставление социальных услуг и порядка ее взимания»

от 17 октября 2014 г. № СЭД-33-01-03-517.

5.2. Услуги в Учреждении предоставляются бесплатно:

- инвалидам Великой Отечественной войны;
- участникам Великой Отечественной войны, являющимся инвалидами;
- жителям блокадного Ленинграда, являющимся инвалидами;
- малолетним узникам фашизма, являющимся инвалидами;
- несовершеннолетним детям;
- лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов;
- граждане трудоспособного возраста, не признанные инвалидами в установленном порядке, но имеющие нарушение функций жизнедеятельности на момент обращения, вызванных нарушениями здоровья вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболеваний, полученных в ходе проведения специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины из числа военнослужащих, лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющих специальное звание полиции, граждан, пребывающих в добровольческих формированиях в связи с исполнением обязанностей по контракту, пребывании в добровольческом формировании;
- лицам, у которых на дату обращения среднедушевой доход получателя социальных услуг ниже или равен размеру предельной величины среднедушевого дохода, установленного в Пермском крае для данной категории. Среднедушевой доход определяется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 г. № 1075 «Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно»;
- лицам, которым предоставляется дистанционная реабилитация.

5.3. Услуги в Учреждении предоставляются на условиях частичной оплаты:

- инвалидам в соответствии с приказом Министерства социального развития Пермского края от 17 октября 2014 г. № СЭД-33-01-03-517 «Об установлении размера платы за предоставление социальных услуг и порядка ее взимания»;

5.4. Дополнительные услуги, не входящие в перечень гарантированных социальных услуг, оказываются на условиях полной оплаты в соответствии с Положением о предоставлении платных услуг в Учреждении.

6. Документационное обеспечение процесса оказания социальных (реабилитационных) услуг

6.1. Документационное обеспечение процесса оказания социальных (реабилитационных) услуг определяется наличием документов по формам, утвержденным в Приложении 1 к настоящему Положению.

7. Учёт социальных услуг и отчётность

7.1. Учёт оказанных получателю социальных (реабилитационных) услуг ведётся специалистами в журналах предоставления услуг на бумажном носителе, а также в электронной системе «Оптима» (форма 9 по Приложению 1).

7.2. Данные персонифицированного учёта оказанных услуг Учреждением направляются ежемесячно в Территориальные управления Министерства социального развития Пермского края.

7.3. Ответственное лицо за ведение и направление данных персонифицированного учёта в Территориальные управления Министерства социального развития Пермского края назначается приказом руководителя Учреждения.

8. Система контроля качества предоставления социальных (реабилитационных) услуг

8.1. Система контроля качества предоставления социальных (реабилитационных) услуг в Учреждении устанавливается приказом директора Учреждения «Об утверждении положения о системе качества в ГБУ ПК «ЦКРИ»».

8.2. Получатель услуг или его законный представитель может направить обращение/жалобу по вопросам оказания Услуг, Порядок рассмотрения обращений, предложений и жалоб по вопросам оказания социальных (реабилитационных) услуг в ГБУ ПК «ЦКРИ» утвержден Приложением 3 к настоящему приказу.

Приложение 1
к Порядку предоставления социальных услуг
в полустационарной форме социального обслуживания
(реабилитационные услуги) в ГБУ ПК «ЦКРИ»

**Формы документов, используемых при предоставлении социальных услуг
в полустационарной форме социального обслуживания
(реабилитационные услуги) в ГБУ ПК «ЦКРИ»**

Форма 1 «Заявление на предоставление социальных услуг»

Директору
ГБУ ПК «Центр комплексной
реабилитации инвалидов»
В.А. Бронникову
от _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять на курс реабилитации (меня, моего ребенка, подопечного) _____

С «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. по направлению в отделение медико-социальной реабилитации _____ в условиях дневного/временного пребывания
С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а) и обязуюсь выполнять.

_____ /
Расшифровка подписи

_____ /
Подпись

Дата

Информированное добровольное согласие на реабилитацию.

Я, _____
Ф.И.О. полностью

подтверждаю, что я (представляемый) поступил(а) на курс реабилитации в Государственное бюджетное учреждение Пермского края "Центр комплексной реабилитации инвалидов".

При поступлении ознакомлен(а):

- с правилами внутреннего распорядка в Государственном бюджетном учреждении Пермского края "Центр комплексной реабилитации инвалидов", внутриобъектового режима, режима дня, правилами пожарной, антитеррористической безопасности, запретом курения и обязуюсь их соблюдать;
- с правами как получателя социальных услуг;
- с видами и объемом гарантированных мне (представляемых) услуг, с маршрутным листом получателя услуг.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, индивидуальной программой реабилитации, индивидуальной программой предоставления социальных услуг диагностических и реабилитационных мероприятий, в т.ч. оценки состояния с использованием стандартизированных оценочных шкал, проведения диагностики с помощью реабилитационного оборудования, проведения реабилитационных мероприятий. Необходимость других методов обследования и реабилитации будет мне разъяснена дополнительно.

Мне лично согласно моей воле в доступной форме были разъяснены: цели, способы, характер, ход и объем планируемых реабилитационных мероприятий, их неблагоприятные эффекты (обострения хронических заболеваний и состояний, возникновении тромбозомболических осложнений, развития повторных инсультов, патологических переломов, ортостатической артериальной гипотензии, эпилептических припадков), возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения; характер, степень тяжести и возможные осложнения моего заболевания (здоровья представляемого).

Я информирован (информирована) о том, что в случае возникновения указанных выше неблагоприятных эффектов, а также развития острых респираторных заболеваний различной этиологии, ангины, синусита, острого отита, гриппа, кишечных инфекций, детских инфекций и прочих сезонных и sporadических заболеваний, требующих лечения в учреждениях системы здравоохранения, курс реабилитации будет прерван с возобновлением после нормализации состояния. Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и выполнять назначенные реабилитационные мероприятия, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств. Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение рекомендаций медицинских и иных работников, оказывающих

услуги, режима приема препаратов, самовольное использование реабилитационного оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс реабилитации и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение реабилитационных мероприятий в предложенном объеме. Я предупрежден (а) о том, что при неоднократном и грубом нарушении изложенных выше правил, администрация ГБУ ПК "ЦКРИ" в одностороннем порядке имеет право расторгнуть договор оказания услуг и выписать меня за нарушения режима Учреждения.

ФИО получателя услуг
(полностью):

Подпись
получателя услуг:

Ф.И.О. законного представителя получателя услуг с указанием характера отношений

Форма 2 «Заявление на добровольный отказ от предоставления социальных услуг»

Директору
ГБУ ПК «Центр комплексной
реабилитации инвалидов»
В.А. Бронникову
от _____

З А Я В Л Е Н И Е.

Я, _____
ФИО полностью

добровольно отказываюсь от предоставления мне (моему ребенку, подопечному) социальных (реабилитационных) услуг в отделении
медико-социальной реабилитации _____

в связи с _____

Расшифровка подписи

Подпись

Дата

ФИО получателя услуг _____
(полностью) Подпись: _____

Ф.И.О. законного представителя получателя услуг с указанием характера отношений

Расписался в моем присутствии:

должность

ФИО

подпись

« _____ » _____ 20 ____ г.

Форма 3 «Согласие на обработку персональных данных»

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, имя, Отчество полностью)

паспорт _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)

зарегистрированный по адресу: _____
даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных представляемого (своего ребенка, опекаемого, подопечного, доверителя) _____

(характер отношений и ФИО полностью)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Государственному бюджетному учреждению Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 614090, г. Пермь, ул. Лодыгина, д. 39 со следующей целью обработки персональных данных: предоставление инвалидам, включая детей-инвалидов, нуждающимся в реабилитационных услугах отдельных видов социального обслуживания в соответствии с законодательством Российской Федерации, Пермской области, Пермского края, Уставом Государственного бюджетного учреждения Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов». Оператор вправе проводить фотосъемку, видеосъемку для последующего использования исключительно специалистами Оператора для улучшения качества оказываемых услуг, а также на официальном сайте Оператора в сети Интернет с целью формирования имиджа Оператора. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных (дополнить при необходимости, ненужное – зачеркнуть): фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; гражданство; адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического места жительства; данные документов, удостоверяющих личность, документов об образовании: а) вид документа: б) серия и номер документа: в) наименование органа, выдавшего документ: г) дата выдачи документа: пол: номер СНИЛС: место работы, учебы; должности; номер полиса ОМС; данные справки об инвалидности, индивидуальной программы реабилитации, индивидуальной программы предоставления социальных услуг; номера контактных телефонов; адреса электронной почты; сведения о семейном положении; социальное положение; сведения об инвалидности, диагнозах и заболеваниях; сведения о доходах; сведения о лицевом счете в банке (отделение банка, номер счета);

Способ обработки персональных данных: смешанная обработка персональных данных как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами, в т.ч. автоматизированная обработка – посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов); неавтоматизированная обработка – путем использования типовых форм заявлений, формирования и хранения личных дел. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих (и представляемого) персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обработки персональных данных по поручению Оператора, в т.ч. операторам информационных систем, программных средств в сфере социального обслуживания и реабилитации: обезличивание, блокирование персональных данных, уничтожение, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В соответствии с п. 1 ст. 8 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях информационного обеспечения даю согласие на включение в общедоступные источники следующих персональных данных меня (и представляемого): фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического места жительства; номера контактных телефонов; адреса электронной почты; сведения об инвалидности, диагнозах. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных со дня подписания до дня отзыва в установленном настоящим согласием порядке. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения процедуры оказания услуг. По достижении цели обработки, истечении срока обработки и хранения персональных данных Оператор обязан гарантированно уничтожить мои персональные данные, содержащиеся в информационных системах, материальных носителях и архивах. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах (и интересах представляемого), ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с правами и обязанностями в области защиты персональных данных. Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).

(ФИО полностью, подпись)

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20__ года

Форма 4 «Договор о предоставлении социальных услуг»

Договор о предоставлении социальных услуг № _____

г. _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующего отделением медико-социальной реабилитации _____, действующего на основании доверенности от « ____ » _____ 20 ____ г. № _____, с одной стороны и _____, именуемая в дальнейшем «Заказчик», документ удостоверяющий личность:

паспорт серия _____ № _____ выдан _____ « ____ » _____ г. .

проживающая по адресу:

(адрес места жительства Заказчика)

в лице*

ФИО полностью законного представителя Заказчика (при наличии)

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

действующего на основании _____ № _____ выдан _____ « ____ » _____ г. .

(основание правомочия)

проживающий по адресу:

(указывается адрес места жительства законного представителя Заказчика)

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

I. Предмет Договора

1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать социальные услуги Заказчику на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг Заказчика, выданной в установленном порядке (далее - Услуги, индивидуальная программа), которая является неотъемлемой частью настоящего договора, а Заказчик обязуется оплачивать указанные Услуги, за исключением случаев, когда законодательством о социальном обслуживании граждан в Российской Федерации предусмотрено предоставление социальных услуг бесплатно.
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: _____.
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.

II. Взаимодействие сторон

5. Исполнитель обязан:

- а) предоставлять Заказчику Услуги надлежащего качества в соответствии с порядком предоставления социальных услуг, утверждаемым уполномоченным органом государственной власти, а также индивидуальной программой и настоящим Договором;
- б) 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;
- в) использовать информацию о Заказчике в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации о персональных данных требованиями о защите персональных данных;
- г) 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 предельной величины среднестатистического дохода, установленной законом субъекта Российской Федерации;
- д) вести учет Услуг, оказанных Заказчику;
- е) исполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Договором и нормами действующего законодательства.

6. Исполнитель имеет право:

- а) отказать в предоставлении Услуг Заказчику в случае нарушения им условий настоящего Договора, а также в случае возникновения у Заказчика, получающего Услуги медицинских противопоказаний, указанных в заключении уполномоченной медицинской организации;
- б) требовать от Заказчика соблюдения условий настоящего Договора;
- в) получать от Заказчика информацию (сведения, документы), необходимые для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного предоставления Заказчиком такой информации (сведений, документов).

Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления требуемой информации (сведений, документов):

г) изменить размер оплаты Услуг, установленный в разделе III настоящего Договора, в случае изменения среднедушевого дохода Заказчика и (или) предельной величины среднедушевого дохода, установленной законом субъекта Российской Федерации, известив об этом письменно Заказчика в течение двух дней со дня таких изменений.

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

8. Заказчик (законный представитель Заказчика) обязан:

а) соблюдать сроки и условия настоящего Договора;

б) представлять в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации сведения и документы, необходимые для предоставления Услуг, предусмотренные порядком предоставления социальных услуг, утвержденным уполномоченным органом государственной власти, а также сведения и документы для расчета среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно в целях реализации Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» в соответствии с Правилами определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 г. № 1075 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 43, ст. 5910);

в) своевременно информировать Исполнителя об изменении обстоятельств, обуславливающих потребность в предоставлении Услуг, влияющих на размер среднедушевого дохода Заказчика;

г) оплачивать Услуги в объеме и на условиях, которые предусмотрены настоящим Договором - в случае предоставления социальных услуг за плату, в том числе частичную;

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

е) уведомлять в письменной форме Исполнителя об отказе от получения Услуг, предусмотренных настоящим Договором;

ж) соблюдать порядок предоставления социальных услуг, соответствующий форме социального обслуживания;

з) сообщать Исполнителю о выявленных нарушениях порядка предоставления социальных услуг, утвержденного уполномоченным органом государственной власти.

9. Заказчик (законный представитель Заказчика) имеет право:

а) 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;

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

III. Стоимость Услуг, сроки и порядок их оплаты

Заказчик получает Услуги бесплатно/ на условиях частичной оплаты/ на условиях полной оплаты**.

IV. Основания изменения и расторжения Договора

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

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

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

V. Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору

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

VI. Срок действия Договора и другие условия

16. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами и действует до « _____ » _____ 20 ____ г.

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

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

Исполнитель

Заказчик

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика:

Заведующий отделением медико-социальной реабилитации

Данные документа, удостоверяющего личность Заказчика:

(личная подпись)

(Фамилия, инициалы)

*Заполняется в случае заключения договора законным представителем гражданина, признанного нуждающимся в социальном обслуживании.

** Части 1 и 3 статьи 31 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

Адрес места жительства Заказчика:

(личная подпись)

(Фамилия, инициалы)

ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

г. _____

КАРТА РЕАБИЛИТАЦИИ № _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения « ____ » _____ г. Полных лет _____

Населенный пункт _____

Улица: _____ Дом _____ Квартира _____

Контактные телефоны: _____

Ф.И.О. ближайшего родственника: _____

Группа инвалидности: _____

Дата переосвидетельствования: _____

ПРОГРАММА № _____ Период курса реабилитации: с _____ по _____

Вид пребывания: Дневное /временное пребывание

Диагноз:

Основной

Сопутствующий

Врач

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата заполнения _____ Зав. ОМСР

(подпись)

(расшифровка подписи)

Форма 5 «Титульный лист карты реабилитации»

Форма 6 «Лист назначений»

Лист назначений

Ф.И.О. получателя услуг: _____

Направления реабилитации	Вид назначений	Примечания	Количество услуг	Дата назначения
Врачебные назначения				
ЛФК				
Кинезотерапия				
Механотерапия				
Массаж				
Физיותרapia				
АФК				
Эргореабилитация				
Социально-психологическая реабилитация				
Социально-логическая реабилитация				

Врач _____ / _____
Подпись Рис. шифровка подписи

С предложенными реабилитационными мероприятиями согласен, обязуюсь выполнять _____ / _____
Подпись получателя услуг Рис. шифровка подписи

Форма 7 «Акт сдачи - приемки оказанных услуг»

Акт
сдачи - приемки оказанных услуг
по договору № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

г. _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующего _____ отделением _____ медико-социальной реабилитации _____, действующего на основании доверенности от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____ с одной стороны и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», документ удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____ выдан _____

(серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, наименование выдавшего органа)

проживающая по адресу: _____
(адрес места жительства Заказчика)

в лице* _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя Заказчика)

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

действующего на основании серия _____ № _____ выдан _____
(основание полномочия)

проживающий по адресу: _____
(указывается адрес места жительства законного представителя Заказчика)

с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнителем оказаны, а Заказчиком (законным представителем Заказчика) приняты услуги в соответствии п. 1 договора о предоставлении социальных услуг от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____ (далее – договор).
2. Услуги по договору оказаны Заказчику в полном объеме, качественно и в срок. Стороны претензий друг к другу не имеют.
3. Заказчик получил услуги бесплатно/на условиях частичной оплаты/на условиях полной оплаты (ненужное вычеркнуть).

Исполнитель

Заказчик

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика:

Данные документа, удостоверяющего личность Заказчика:

Адрес места жительства Заказчика:

Заведующий отделением медико-социальной реабилитации

(личная подпись)

(Фамилия, инициалы)

(личная подпись)

(Фамилия, инициалы)

*Заполняется в случае заключения договора законным представителем гражданина, признанного нуждающимся в социальном обслуживании.

** Части 1 и 3 статьи 31 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

Социально-бытовые услуги

№	Наименование услуги	количество услуг
1	Предоставление жилого помещения для дневного пребывания, для столовой, организации реабилитационных услуг, лечебно- трудовой деятельности (ежедневно в течение 7 часов)	
2	Приготовление и подача пищи в соответствии с натуральными нормами	
3	Предоставление в пользование обучающего, коррекционно- развивающего оборудования, инвентаря для лечебно-трудовой деятельности, бытовой техники, мебели	
4	Санитарно- гигиеническая обработка помещений	
5	Организация досуга инвалидов	

Социально-медицинские услуги

№	Наименование услуги	количество услуг
1	Организация оказания получателям социальных услуг первичной медико- санитарной помощи, специализированной медицинской помощи	
2	Организация квалифицированного медицинского консультирования (повторный прием)	
3	Санитарно- гигиеническое просвещение	
4	Лечебная физкультура	
5	Лечебный массаж	
6	Физиотерапия	

Услуги по социально-психологической реабилитации и абилитации

№	Наименование услуги	количество услуг
1	Проведение психокоррекционной работы с получателем социальных услуг	
2	Социально-психологическое консультирование получателя социальных услуг	

Услуги по социально-средовой реабилитации и абилитации

№	Наименование услуги	количество услуг
1	Диагностика наиболее развитых функций инвалида для его ориентации в окружающей среде	
2	Обучение пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	
3	Проведение мероприятий по использованию остаточных трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам	

Заказчик

(личная подпись) (Фамилия, инициалы)

Исполнитель

(личная подпись) (Фамилия, инициалы)

Анкета обратной связи¹

1. Данные о месте заполнения анкеты:

Отметьте отделение медико-социальной реабилитации, в котором получал услуги инвалид, ребёнок-инвалид:

- ☐ ОМСР Индустриального района г. Перми
- ☐ ОМСР Орджоникидзевского района г. Перми
- ☐ ОМСР г. Свердловского района г. Перми (Центр ментального здоровья)
- ☐ ОМСР Дзержинского района г. Перми
- ☐ ОМСР г. Перми
- ☐ ОМСР с. Орда
- ☐ ОМСР г. Лысьва
- ☐ ОМСР Кировского района г. Перми
- ☐ ОМСР г. Чусовой
- ☐ ОМСР г. Краснокамск

2. Отметьте, если Вы проходили реабилитацию в ЦКРИ раньше.

- ☐ Да
- ☐ Нет

3. Полнота и доступность информации о работе учреждения, специалистов учреждения, предоставляемых услугах, размещённая на информационных стендах в учреждении

- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен

4. Полнота и доступность информации о работе учреждения, специалистов учреждения, предоставляемых услугах, размещенная на сайте учреждения

- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен

5. Полнота и доступность информации об учреждении, размещенной на страницах учреждения в социальных сетях

- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен

6. Доброжелательность, вежливость и внимательность работников учреждения

- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен

7. Благоустройство территории учреждения (отделения)

- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен

8. Комфортность помещений для оказания услуг

- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)

¹ Заполняется в электронном виде на сайте ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», ссылка <https://forms.yandex.ru/u/6023823c89b08c005a76cbe7/>

- ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
9. Комфортность предоставленного жилого помещения (для программ реабилитации с временным пребыванием)
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
10. Качество питания
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
11. Культурно-досуговые мероприятия
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
12. Услуги врача
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
13. Лечебная физкультура (ЛФК) и кинезотерапия
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
14. Лечебный массаж
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
15. Физиотерапия
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
16. Трудотерапия
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
17. Услуги психолога
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен
 - ☐ полностью удовлетворен
18. Услуги логопеда
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
 - ☐ не удовлетворен услугами
 - ☐ частично удовлетворен

- ☐ полностью удовлетворен
19. Обучение пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации (памперсы, матрацы, кресла-коляски, ходунки и т.д.)
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен
20. Профорientация, профконсультирование и помощь с выбором профессии
- ☐ полностью удовлетворён
- ☐ частично удовлетворён
- ☐ не удовлетворён
- ☐ неприменимо
21. Обучение навыкам самообслуживания (одевания, приема пищи, умывания, пользования туалетом и т.д.)
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен
22. Консультирование по вопросам адаптации жилого помещения для инвалида
- ☐ неприменимо (вы не нуждались в услуге, она не была назначена)
- ☐ не удовлетворен услугами
- ☐ частично удовлетворен
- ☐ полностью удовлетворен
23. Изменилось ли что-либо в работе отделения, специалистов? Если да, то что?
24. Напишите, пожалуйста, что Вам больше всего понравилось во время прохождения реабилитации
25. Напишите, пожалуйста, что Вам больше всего не понравилось во время прохождения реабилитации, что бы Вы порекомендовали изменить, улучшить в отделении?
26. Данные о заполняющем анкету
- ☐ Я получатель реабилитационных услуг
- ☐ Я родственник получателя реабилитационных услуг
- ☐ Я родитель ребёнка, получающего реабилитационные услуги
27. Данные о получателе услуг: возраст
- ☐ 0-14 лет
- ☐ 14-18 лет
- ☐ Старше 18, трудоспособного возраста
- ☐ Пенсионного возраста
28. Данные о получателе услуг: место проживания
- ☐ г. Пермь
- ☐ Город Пермского края
- ☐ Сельская местность Пермского края

Дата заполнения анкеты ____ / ____ / 20__ г.

Форма 9 «Журнал учета оказанных получателю социальных (реабилитационных) услуг»

Форма журнала учета оказанных получателю социальных (реабилитационных) услуг

Отделение	Кол-во по ПСУ	Участники	Дата	Время	Услуга	Max. тема	Описание	Ответственный

Положение
о деятельности мультидисциплинарной реабилитационной команды
в ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

1. Общие положения

1.1 Настоящее положение устанавливает правила организации и деятельности мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее – МДРК) в государственном бюджетном учреждении Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (далее – Учреждение).

1.2. МДРК является функциональной единицей структурного подразделения Учреждения, осуществляющего деятельность по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

1.3. МДРК создается с целью определения реабилитационных целей и задач на курс реабилитации, совершенствования реабилитационной деятельности в Учреждении, принятия решений в наиболее сложных и спорных случаях по вопросам диагностики состояния получателя услуг, осуществления оценки качества и эффективности проведения реабилитационных мероприятий инвалидам, детям-инвалидам в Учреждении, оценки обоснованности и целесообразности назначения получателям услуг технических средств реабилитации.

1.4. В своей деятельности МДРК руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, нормативными правовыми актами органов исполнительной власти Пермского края, настоящим Положением.

1.5. Состав МДРК формируется из специалистов отделения медико-социальной реабилитации, членами МДРК являются заведующий отделением, врач и (или) медицинский работник (медицинская сестра), инструктор по физической культуре, психолог, логопед, специалист по реабилитации инвалидов и/или специалист по социальной работе.

2. Функции мультидисциплинарной реабилитационной команды

2.1. МДРК реализует следующие функции:

2.1.1. оценка реабилитационного статуса инвалида и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, данных обследований, проведенных врачом психологом, логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по реабилитации инвалидов;

2.1.2. установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия получателя Услуг), влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и его изменения в процессе проведения мероприятий по медико-социальной реабилитации);

2.1.3. оценка реабилитационного потенциала инвалида, ребенка-инвалида, определяющего уровень максимально возможного восстановления инвалида (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления

повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию и др.) в определенный период времени;

2.1.4. формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий;

2.1.5. оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;

2.1.6. формирование и реализация индивидуального реабилитационного плана инвалида, ребенка-инвалида (далее – ИРП);

2.1.7. оценка эффективности реализованных в рамках ИРП реабилитационных мероприятий;

2.1.8. взаимодействие с получателем социальных услуг и/или его законными представителями по вопросам постановки целей и задач реабилитации, коррекции ИПРА, формирования рекомендаций на этапе оформления реабилитационного эпикриза;

2.1.9. составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИРП с описанием достигнутой динамики состояния инвалида, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения; о дальнейшей реабилитации в Учреждении (кратность, необходимость повторного курса реабилитации); консультирование по вопросам комплексной реабилитации с использованием инновационных технологий;

2.1.10. подготовку и оформление рекомендаций по направлению инвалида в учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь;

2.1.11. ведение учетной и отчетной документации, оценка качества и эффективности реабилитационных мероприятий;

2.1.12. взаимодействие по вопросам, относящимся к компетенции МДРК, с бюро медико-социальной экспертизы, территориальными отделениями Социального фонда, учреждениями здравоохранения и социального обслуживания;

2.1.13. иные функции, предусмотренные федеральным и региональным законодательством по вопросам комплексной реабилитации и абилитации, социального обслуживания населения.

3. Порядок деятельности мультидисциплинарной реабилитационной команды

3.1. Заседания МДРК проводятся согласно утвержденному плану-графику, утверждаемому заведующим отделением.

3.2. Решение МДРК считается принятым, если его поддержало большинство членов МДРК. Решение МДРК оформляется протоколом, который оформляется в форме реабилитационного профиля МДРК и вносится в карту реабилитации инвалида, ребенка-инвалида.

3.3. Реабилитационный профиль распечатывается и вкладывается в карту реабилитации.

Реабилитационный профиль

ФИО

Клинический диагноз

Ведущие проблемы

Шкалы до и после	первичная (дата)	конечная (дата)
Цель реабилитации на данном этапе		

Категории МКФ	Определитель		Специалист	Задачи	Отметка о выполнении задачи
	до	после			
Функции организма					
Структуры организма					

Активность и участие							
Факторы окружающей среды							

Результаты:

Долгосрочная цель реабилитации:

Рекомендации по дальнейшей реабилитации:

ФИО специалиста

Подпись

/

Расшифровка подписи

ФИО специалиста

Подпись

/

Расшифровка подписи

ФИО специалиста

Подпись

/

Расшифровка подписи

Порядок рассмотрения обращений, предложений и жалоб по вопросам оказания социальных (реабилитационных) услуг

1. Получатели услуг (их законные представители) могут подать обращение, предложение или жалобу по вопросам качества оказания социальных (реабилитационных) услуг:

- в письменном виде в форме записи в книге отзывов и предложений в отделении медико-социальной реабилитации, которая находится в доступном месте для получателей услуг (Приложение 1);

- в письменном виде в форме письма на имя директора ГБУ ПК «Центр комплексный реабилитации инвалидов», направленного на почтовый адрес Учреждения: 614065 г. Пермь, ул. Встречная, 35;

- в письменном виде в форме официального письма на имя директора ГБУ ПК «Центр комплексный реабилитации инвалидов», направленного на официальный адрес электронной почты Учреждения rehabperm@social.permkrai.ru, который размещён на официальном сайте Учреждения и указан на информационных стендах в отделениях медико-социальной реабилитации;

- в письменном виде путём заполнения формы «Обратная связь» на официальном сайте Учреждения <http://rehabperm.ru>;

- по номеру телефона +7 (342) 214-26-74;

- в виде сообщения на официальной странице Учреждения в социальной сети Вконтакте <https://vk.com/rehabperm> (подтверждено через Госуслуги).

1.1. Телефонные звонки по вопросам рассмотрения обращений и записи на личный прием к директору Учреждения или руководителям структурных подразделений принимаются ежедневно с 09.00 до 13.00 часов и с 14.00 до 18.00 часов (кроме выходных и нерабочих праздничных дней).

1.2. При ответах на телефонные звонки специалист подробно и в вежливой и корректной форме информирует обратившихся граждан по интересующим их вопросам.

1.3. Если специалист, принявший звонок, не имеет возможности ответить на поставленный вопрос, он должен сообщить гражданину телефонный номер, по которому можно получить необходимую информацию либо записать номер телефона заявителя и перезвонить ему после уточнения необходимой информации.

1.4. Письменные обращения, предложения и жалобы, поступившие в Учреждение, рассматриваются в установленном законом порядке.

1.5. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию Учреждения, в течение семи дней со дня регистрации направляются в соответствующий государственный орган, орган местного самоуправления или соответствующему должностному лицу, в компетенцию которого входит решение поставленных в обращении вопросов, в письменной форме с уведомлением в этот же срок гражданина, направившего обращение, о переадресации обращения.

1.6. Ответ на обращение направляется в той форме, в какой было получено обращение (письменно, электронно) по адресу, указанному в обращении.

1.7. На обращения, полученные посредством социальной сети Вконтакте, ответ дается там же, если иное не указано заявителем в обращении.

1.8. В случае если в обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес/адрес электронной почты, по которому должен быть направлен ответ, обращение не рассматривается.

ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

КНИГА ОТЗЫВОВ И ПРЕДЛОЖЕНИЙ

Отделение медико-социальной реабилитации

населенный пункт

Начата: " ____ " _____ 20 ____ г

М.П. Заместитель директора по реабилитации
ГБУ ПК «Центр комплексной
реабилитации инвалидов»

_____ / _____ /

Завершена: " ____ " _____ 20 ____ г

В данной Книге пронумеровано и прошнуровано _____ бланков для письменных обращений
заявителей.

М.П. Заместитель директора по реабилитации
ГБУ ПК «Центр комплексной
реабилитации инвалидов»

_____ / _____ /

" ____ " _____ 20 ____ г.

ОБРАЩЕНИЕ N _____

Фамилия и инициалы заявителя _____

Контактные данные заявителя _____

Меры, принятые по данному обращению заведующим отделением медико-социальной реабилитации:

Зав. отделением
медико-социальной реабилитации

_____ / _____

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Дата " ____ " _____ 20 ____ г. Подпись _____

**Правила допуска собаки-проводника
в государственном бюджетном учреждении Пермского края
«Центр комплексной реабилитации инвалидов»**

1. Общие положения

1.1 Настоящие Правила допуска собаки-проводника в ГБУ ПК «ЦКРИ» (далее – Учреждение) разработано в соответствии с требованиями части второй статьи 15 Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

1.2 Правила устанавливают:

- требования к допуску в Учреждение собаки-проводника;
- требования к условиям, необходимым для оказания услуг с собакой-проводником в Учреждении;
- порядок действий сотрудников при получении в Учреждении услуг инвалидами с собаками-проводниками.

1.3 Настоящие правила основываются на принципах нравственного и гуманного отношения к домашним животным и распространяется на всех владельцев собак-проводников.

2. Требования к допуску собаки-проводника

2.1. Допуск собаки-проводника в Учреждение возможен при наличии документа, подтверждающего её специальное обучение и выдаваемого по форме и в порядке, утвержденном Приказом Минтруда России от 22.06.2015 № 386н «Об утверждении формы документа, подтверждающего специальное обучение собаки-проводника и порядка его выдачи» согласно Приложения к настоящим Правилам.

2.2. При посещении Учреждения владелец собаки-проводника должен иметь при себе в обязательном порядке документы, подтверждающие статус собаки-проводника:

- паспорт собаки-проводника, подтверждающий, что собака обучалась дрессуре по специальному курсу для собак-проводников и не является агрессивной для окружающих;
- ветеринарный паспорт (ветеринарное свидетельство) на собаку, подтверждающий наличие всех необходимых прививок и осмотра ветеринара;
- наличие у собаки намордника и специальной шлейки собаки-проводника с опознавательными знаками и светоотражающими элементами.

3. Требования к условиям, необходимым для оказания услуг инвалидам с собакой-проводником

3.1. В Учреждении для собаки-проводника организуется специальное место для отдыха/ожидания, минимальный размер которого составляет 1,5 кв.м с возможностью фиксации собаки на свободном поводке. Место отдыха/ожидания собаки-проводника должно быть защищённым от холода (сквозняков) и перегрева (вдали от обогревающих приборов, ограждено от прямых лучей солнца), и не должно располагаться на проходе.

3.2. Зона отдыха/ожидания для собаки-проводника обеспечивается чистой подстилкой и не переворачиваемой поилкой для воды. Обеспечение водой осуществляется из водопровода, качество воды должно соответствовать ГОСТу.

3.3. В случае получения владельцем собаки-проводника услуг в условиях временного пребывания место ожидания собаки может быть оборудовано в жилой комнате владельца.

3.3. Для выгула собаки-проводника на территории Учреждения организуется специальное место. Выгул собаки осуществляется в наморднике и на поводке, вдали от тротуара, детских и спортивных площадок.

3.4. В случае получения владельца собаки-проводника услуг в условиях временного пребывания питание собаки-проводника осуществляется за счет его владельца.

4. Порядок действия сотрудников при посещении учреждения инвалида с собакой-проводником

4.1. В случае явки получателя социальных услуг с собакой-проводником ответственное лицо за сопровождение показывает получателю социальных услуг место отдыха/ожидания для собаки-проводника и сопровождает владельца к месту оказания услуг.

4.2. В случае получения лицом услуг в условиях временного пребывания собака-проводник находится в жилой комнате владельца, его сопровождение к месту получения услуг и иных мероприятий в Учреждении осуществляется назначенным ответственным лицом.

4.3. По окончании предоставления услуги ответственное лицо сопровождает получателя социальных услуг к месту отдыха/ожидания собаки-проводника (если ранее в этом была потребность) и уточняет необходимость в помощи по ориентации на территории Отделения.

4.4. Во время выполнения собакой-проводником функций сопровождения запрещается посторонним лицам её угощать, гладить, звать, так как это может отвлечь собаку от исполнения обязанностей и повлечь совершение ошибки, опасной для хозяина. Общаться с собакой можно только с разрешения её владельца, в свободное от выполнения функций сопровождения время.

Форма 1
к Правилам допуска собаки-проводника

Форма документа, подтверждающего специальное обучение собаки-проводника

Лицевая сторона (1)

ПАСПОРТ НА СОБАКУ-ПРОВОДНИКА

10 см

Внутренние левая и правая стороны паспорта

(наименование и адрес организации, выдавшей паспорт) Сведения о собаке-проводнике: порода _____ учетный № _____ № микрочипа _____ (при наличии) порода _____ пол _____ срок _____ дата рождения _____ особые отметки _____ (при наличии) (программа обучения собаки-проводника, в том числе дополнительная подготовка)	Сведения о владельце собаки-проводника: фамилия _____ имя _____ отчество _____ адрес _____ _____ (должность руководителя организации, выдавшей паспорт) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя организации) М.П. _____ дата выдачи "___" _____
---	---

10 см

(1) Лицевая сторона паспорта изготавливается из износостойкого материала темно-зеленого цвета.

(2) На внутренних сторонах паспорта выкладываются вкладыши из картона или плотной бумаги светлого цвета.