

**Акт обследования жилищно-бытовых условий получателя социальных услуг**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалист (комиссия) в

составе: \_\_\_\_\_

проверила ЖБУ получателя социальных услуг

(ПСУ) \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающей в \_\_\_\_\_ доме № \_\_\_\_\_, квартира № \_\_\_\_\_, по  
улице \_\_\_\_\_,

**1. Жилищно-бытовые условия**

1.1 Жилая площадь, на которой проживает ПСУ составляет \_\_\_\_\_ кв. м, состоит из  
\_\_\_\_\_ комнат на \_\_\_\_\_ этаже в \_\_\_\_\_ этажном доме;

приусадебный участок (есть, нет) \_\_\_\_\_  
подсобное хозяйство \_\_\_\_\_

1.2 Жилищные условия:

квартира    отдельная комната в квартире    коммунальная квартира    частный дом    ветхое  
жилье    нет постоянного жилья  
другое \_\_\_\_\_

1.3 Качество дома (кирпичный, панельный, деревянный и т. д.; в нормальном состоянии,  
ветхий, аварийный; комнаты сухие, светлые, проходные и прочее)

1.4 Благоустройство дома и жилой площади (водопровод, канализация, отопление, ванна,  
телефон и т. д.)

1.5 Санитарно-гигиеническое состояние жилой  
площади \_\_\_\_\_

1.6 Условия для жизнедеятельности ПСУ:

отдельная комната    уголок в общей комнате    имеется свой  
письменный стол    имеется отдельное спальное место  
другое \_\_\_\_\_

1.7 Структура доходов ПСУ:

Среднемесячный доход семьи ПСУ:

Среднедушевой доход:

низкий уровень доходов    ниже прожиточного минимума  
средний доход    выше среднего прожиточного минимума  
высокий уровень доходов

Основные источники доходов:

заработная плата пособия алименты пенсия по потере кормильца другие денежные поступления

---

## 2. Семейное окружение ПСУ

2.1 Состав семьи: Ф. И. О. (полностью)	Степень родства	Дата рождения	Место работы/учёбы
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

## 3. Уровень обеспечения основных потребностей ПСУ

3.1 Состояние здоровья ПСУ (*общая визуальная оценка состояния, наличие заболеваний, особых потребностей в медицинском обслуживании, лекарственном обеспечении*):

---

3.2 Внешний вид (*соблюдение норм личной гигиены, наличие, качество и состояние одежды и обуви, её соответствие сезону и т. д.*)

---

## 4. Дополнительная информация \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**5. В какой социальной помощи и социальных услугах нуждается:**

---

---

---

---

---

---

**6. Заключение специалиста (комиссии):**

- присвоена категория:
- группа риска
- ТЖС
- семья, нуждающаяся в поддержке в постановке на учёт/патронаж
- семья не нуждается в постановке на учёт
- семья отказалась от получения социальных услуг

**Подпись лиц (комиссии),  
заполнивших акт ЖБУ \_\_\_\_\_**  
(Ф. И. О., должность, подпись)



## II. Социально-медицинские

Наименование социально-медицинской услуги	Объем предоставления услуг	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

## III. Социально-психологические

Наименование социально-психологической услуги	Объем предоставления услуг	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

#### IV. Социально педагогические

Наименование социально-педагогической услуги	Объем предоставления услуг	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

#### V. Социально-трудовые

Наименование социально-трудовой услуги	Объем предоставления услуг	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

## VI. Социально–правовые

Наименование социально-правовой услуги	Объем предоставления услуг	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

## VII. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов

Наименование услуги	Объем предоставления услуг	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Отметка о выполнении

11. Условия предоставления социальных услуг: услуги предоставляются в соответствии с условиями договора о предоставлении социальных услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2017 года, определенных индивидуальной программой предоставления социальных услуг.

12. Перечень рекомендуемых поставщиком социальных услуг:

Наименование поставщика социальных услуг	Адрес места нахождения поставщика социальных услуг	Контактная информация поставщика социальных услуг (телефон, e-mail и т.п.)

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг	Причины отказа	Дата отказа	Подпись получателя социальных услуг

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

Вид социального сопровождения	Получатель социального сопровождения	Отметка о выполнении

С содержанием индивидуальной программы предоставления социальных услуг

Согласен

\_\_\_\_\_

*(расшифровка подписи)*

Начальник

\_\_\_\_\_

*(расшифровка подписи)*