

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)