

УТВЕРЖДЕН  
приказом директора  
областного государственного бюджетного  
учреждения социального обслуживания  
«Комплексный центр социального обслуживания  
населения Иркутского и Шелеховского районов»

от «05» апреля 2019 г.

№ 61/09



**ПОРЯДОК**  
**проведения периодической типизации**  
**в областном государственном бюджетном учреждении социального**  
**обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения**  
**Иркутского и Шелеховского районов»**

**1. Общие положения**

Типизация – сбор сведения о функциональном, когнитивном и психологическом статусе человека, возможностях самостоятельного ухода за собой, социальном статусе, финансовом состоянии, и оценка, на основе собранной информации, потребности в долговременном уходе.

Проведение типизации в областном государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения Иркутского и Шелеховского районов» (далее – Учреждение) необходимо для оценки функциональной активности гражданина, обратившегося за получением социальных услуг, либо находящегося на социальном обслуживании. Оценка функциональной активности является основанием для определения потребности гражданина в конкретных видах социальных услуг и в конкретных формах социального обслуживания.

Оценка функциональной активности проводится после получения запроса о социальном обслуживании, а также в период нахождения гражданина на социальном обслуживании на дому при видимых изменениях функциональной активности человека как в сторону улучшения, так и при ухудшении состояния, с целью корректировки индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – ИПСУ), но не реже 1 раза в год. Результаты оценки функциональной активности используются при определении перечня услуг, в которых гражданин нуждается.

**2. Алгоритм типизации**

**2.1. При первичном обращении в Учреждение:**

2.1.1. Получение запроса.

2.1.2. Первичное телефонное интервьюирование.

- 2.1.3. Проведение опроса и составление карты типизации.
- 2.1.4. Определение степени утраты способности к самообслуживанию, формы обслуживания и перечня услуг.
- 2.1.5. Составление ИППСУ.
- 2.1.6. Определение поставщика социальной услуги.

## **2.2. После поступления в Учреждение:**

- 2.2.1. Поступление в Учреждение.
- 2.2.2. Первичная диагностика и оценка карты типизации.
- 2.2.3. Составление программы индивидуального ухода и предоставления услуг (далее – план).
- 2.2.4. Реализация плана.
- 2.2.5. Промежуточная оценка результатов реализации плана на основе повторной типизации.
- 2.2.6. Корректировка плана, в случае потребности – корректировка ИППСУ.

## **3. Инструментарий типизации**

- 3.1. Опросники.
- 3.2. Карта типизации.
- 3.3. Акт обследования жилищно-бытовых условий.
- 3.4. ИППСУ.
- 3.5. Программа индивидуального ухода и предоставления услуг.

## **4. Описание алгоритма с инструментарием**

- 4.1. Получение запроса о социальном обслуживании.
- 4.2. Телефонное интервью (Приложение 1).
- 4.3. Посещение гражданина по месту фактического нахождения на дату обращения:
  - Опросник для граждан пожилого возраста и инвалидов и членов их семей (Приложение 2).
  - Опросник для ребенка-инвалида и членов его семьи (Приложение 3).
  - Опросник для социального окружения: соседей, медперсонала и др. (Приложение 4).
  - Акт обследования жилищно-бытовых условий (Приложение 5).
  - Карта оценки функционального состояния (Приложение 6).
- 4.4. Обработка полученной информации. Заключение о нуждаемости гражданина в социальном обслуживании.

## **5. Требования к специалисту при проведении интервью**

- 5.1. Интервьюер организует интервью, задает вопросы, ведет беседу, направляет ее, фиксирует полученные ответы.
- 5.2. Интервьюер может пояснить формулировку задаваемых вопросов, в случае непонимания их респондентом, а также уточнить точку зрения респондента, просить у него соответствующей реакции и раскрытия ответов.

- 5.3. Интервьюер должен обладать следующими качествами: внимательностью, наблюдательностью, терпением, умением слушать, умением молчать. Недопустимы жесткость, требовательность, властность.
- 5.4. Интервьюер должен быть одет с учетом той обстановки, в которой ему придется работать. Внешний вид интервьюера не должен отвлекать респондента.
- 5.5. Недопустимо: намеки, реплики со стороны интервьюера (выражение лица, одобрительное покачивание головой). Нежелательны дефекты дикции.
- 5.6. Интервью могут проводить заведующий отделением, специалист по социальной работе, психолог.
- 5.7. Информация, полученная в результате интервью, должна быть конфиденциальной.

## **6. Правила при проведении опроса**

- 6.1. Во время интервью интервьюер должен быть с отвечающим наедине.
- 6.2. Каждый устный вопрос следует прочитать с опросного листа дословно.
- 6.3. Следует точно придерживаться порядка следования вопросов.
- 6.4. Отвечающий не должен видеть вопросник.
- 6.5. Интервью должно быть кратковременным (с детьми – не более 15-20 мин., со взрослыми – не более 30 мин.).
- 6.6. Нельзя косвенно подсказывать ответ.
- 6.7. Если отвечающий не понимает вопрос, его нужно медленно прочитать еще раз, если вопрос остается не понят, против него нужно написать: «Вопрос не понят».
- 6.8. Ответы записываются в вопросник только во время опроса в заранее подготовленную графу вопросника.

## **7. Ответственность работников Учреждения**

1. Работники Учреждения, участвующие в процессе типизации, несут ответственность за разглашения конфиденциальной информации, полученной в процессе деятельности, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
2. Работники Учреждения, участвующие в процессе типизации, несут ответственность за нарушение требования Кодекса этики и служебного поведения работников Учреждения.

## Телефонное интервью

1. Телефонное интервью проводится как лично с гражданином, обратившимся за социальным обслуживанием, так и с третьими лицами (родственники, соседи, медперсонал), которые обратились в государственное учреждение в интересах гражданина.
2. Телефонное интервью проводится в день поступления обращения о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании.
3. Целью телефонного интервью является:
  - сбор первичной информации по факту обращения,
  - установление даты и времени проведения индивидуализированного интервью гражданина по месту его фактического нахождения на дату обращения,
  - установление даты и времени обследования жилищно-бытовых условий (если индивидуализированное интервью проводится не по месту жительства гражданина)
  - установление даты и времени собеседования с родственниками, соседями, иными лицами, обратившимися в интересах гражданина либо поддерживающих с гражданином социальные контакты.
4. При проведении телефонного интервью специалист обязательно должен выполнять следующие требования:
  - До начала разговора специалист должен иметь тетрадь и ручку для фиксации результатов разговора, календарь для определения дат посещения.
  - В начале разговора специалист должен поздороваться, представиться, назвав место своей работы, должность, фамилию, имя, отчество, а также назвать причину звонка. Кроме того, специалист должен уточнить у ответившего абонента как к нему обращаться.
  - После вступительной части специалист должен выяснить полномочия абонента (при ответе третьих лиц) по установлению дат индивидуализированного интервью и обследования жилищно-бытовых условий гражданина.
  - При окончании разговора специалист должен еще раз повторить назначенные даты и время встреч, чтобы убедиться, что абонент все правильно понял и записал.
5. При проведении телефонного интервью специалист должен быть тактичен, предельно вежлив, внимателен. Речь специалиста должна быть четкой, внятной, простой и понятной обратившемуся за помощью гражданину.
6. В случае проведения телефонного интервью непосредственно с получателем социальных услуг, специалист фиксирует результаты телефонного разговора (степень понимания и владения устной речью, степень восприятия информации и т.д.) в карте оценки функциональной активности.

**Опросник для граждан пожилого возраста и инвалидов**

**Оценка двигательной активности**

1. Можете ли Вы самостоятельно передвигаться в пределах комнаты, квартиры?
2. Можете ли встать с кровати?
3. Можете ли переместиться с кровати на стул?
4. Можете ли открыть балкон или форточку, чтобы проветрить помещение?
5. Можете ли Вы самостоятельно спуститься и подняться по лестнице?
6. Можете ли держать чашку, ложку самостоятельно?
7. Можете ли Вы самостоятельно передвигаться за пределами квартиры (гулять, переходить дорогу, пользоваться для передвижения автомобилем - как пассажир, общественным транспортом?)
8. При ходьбе, вставании со стула (кровати) падаете? Часто?
9. Что служит причиной падения?
10. Можете самостоятельно встать после падения?
11. Можете ли поднять упавший предмет с пола?
12. Вызывают ли трудности в передвижении междверные порожки?
13. Когда необходимо съездить по делам, пользуетесь общественным транспортом или такси?
14. Вызывают ли трудности открывание входной двери и замка?
15. Выполняете ли физические упражнения?

**Оценка возможности самообслуживания**

1. Можете ли Вы самостоятельно приобрести продукты питания, предметы первой необходимости и лекарства?
2. Можете ли Вы самостоятельно приготовить себе горячее питье, не сложное горячее блюдо?
3. Можете ли Вы самостоятельно открыть кран с водой?
4. Можете ли Вы самостоятельно вымыть посуду?
5. Можете ли Вы самостоятельно умыться, почистить зубы, причесаться?
6. Самостоятельно ли вы обрабатываете ногти на руках и ногах?
7. Можете ли Вы самостоятельно встать с постели?
8. Можете ли Вы самостоятельно принять душ, ванну?
9. Можете ли Вы самостоятельно одеться?
10. Можете ли Вы самостоятельно посетить туалет?
11. Можете ли Вы в полной мере контролировать мочеиспускание и дефекацию?
12. Можете ли Вы самостоятельно сделать уборку в квартире?
13. Как часто меняете нательное белье и постельные принадлежности?
14. Можете ли Вы самостоятельно постирать одежду, белье?
15. Где развешиваете белье?
16. В санитарно-гигиенических целях пользуетесь унитазом, санитарным стулом, горшком?
17. Бывают случаи, когда не успеваете дойти до туалета?
18. Используете ли памперсы, прокладки?
19. Пользуетесь расческой, зеркалом?
20. Уборку квартиры производите шваброй, пылесосом?
21. Можете протереть пыль?
22. Пользуетесь ли вы ТСР?

### Оценка коммуникативных способностей

1. Можете ли Вы самостоятельно произвести денежные расчёты?
2. Можете ли Вы самостоятельно сделать покупки в магазине?
3. Можете ли Вы самостоятельно оплачивать коммунальные счета?
4. Можете ли Вы самостоятельно пользоваться телефоном?
5. Можете ли Вы самостоятельно написать письмо?
6. Можете ли Вы самостоятельно поддерживать родственные, дружеские, добрососедские связи, встречаться для общения?
7. Хорошо ли видите?
8. Хорошо ли слышите?
9. Реагируете ли на звонок либо стук в дверь?
10. Случается ли так, что вы не можете вспомнить нужное в данный момент слово?
11. Можете ли Вы самостоятельно читать газеты или книги?
12. Можете ли Вы самостоятельно пользоваться радиоприемником, телевизором?
13. Опасаетесь ли посторонних людей?
14. Занимаетесь ли рукоделием?
15. Обмениваетесь ли достижениями с единомышленниками?
16. Смотрите и понимаете ли телепередачи?
17. Обсуждаете ли со знакомыми (возможно по телефону) волнующие вас проблемы освещенные в СМИ?

### Оценка социальной мобильности

1. Можете ли сами записаться к врачу?
2. Поддерживаете ли связь с коллегами, подругами?
3. Являетесь ли членом какой либо общественной организации?
4. Можете ли самостоятельно получить справку, произвести сверки по платежам?
5. Самостоятельно ли получаете пенсию?
6. Умеете пользоваться пластиковой картой?
7. Можете ли самостоятельно произвести денежные расчеты в магазине?
8. Самостоятельно ли производите расчеты и оплату за квартиру и коммунальные услуги?
9. Общаетесь ли с родственниками, соседями?
10. Пишите ли Вы письма?

## **Опросник**

**для родственников граждан пожилого возраста и инвалидов и инвалидов**

### Оценка двигательной активности

1. Помогаете ли Вы передвигаться пожилому члену своей семьи/инвалиду в пределах комнаты, квартиры?
2. Помогаете ли встать с кровати?
3. Помогаете ли при спуске и подъеме по лестнице?
4. Кормите ли Вы её/его?
5. Сопровождаете ли на прогулку?
6. При ходьбе, вставании со стула (кровати) помогаете?
7. Помогаете ли встать после падения?
8. Помогаете ли поднять упавший предмет с пола?
9. Оказываете ли помощь в пользовании общественным транспортом или такси?

10. Помогаете ли преодолевать трудности открывания входной двери и замка?

#### **Оценка возможности самообслуживания**

1. Помогаете ли Вы приобрести продукты питания, предметы первой необходимости и лекарства?
1. Помогаете ли Вы в приготовлении горячего питья, горячего блюда?
2. Помогаете ли Вы в открывании крана с водой?
3. Помогаете ли Вы мыть посуду?
4. Помогаете ли Вы умыться, почистить зубы, причесаться?
5. Помогаете ли Вы обрабатывать ногти на руках и ногах?
6. Помогаете ли Вы самостоятельно встать с постели?
7. Помогаете ли Вы принять душ, ванну?
8. Помогаете ли Вы одеться?
9. Помогаете ли Вы посетить туалет?
10. Помогаете ли использовать памперсы, прокладки
11. Помогаете ли Вы сделать уборку в квартире?
12. Помогаете ли Вы в смене нательное белья и постельные принадлежностей?
13. Помогаете ли Вы стирать одежду, белье?
14. Помогаете развешивать для сушки выстиранное белье и одежду?
15. Помогаете гладить белье?
16. Помогаете ли наводить порядок в шкафах?

#### **Оценка коммуникативной активности**

1. Помогаете ли Вы пожилому члену своей семьи /инвалиду произвести денежные расчёты?
2. Помогаете ли Вы подсчитывать и оплачивать коммунальные счета?
3. Помогаете ли Вы пользоваться телефоном?
4. Помогаете ли Вы в написании писем?
5. Помогаете ли Вы в чтении газет?
6. Помогаете ли Вы пользоваться радиоприемником, телевизором?
7. Как часто общаетесь по телефону?

#### **Оценка социальной мобильности**

1. Помогаете ли при необходимости произвести запись к врачу?
2. Помогаете ли в получении справок, произведении сверок по платежам?
3. Оказываете ли помощь в получении пенсии?
4. Помогаете ли произвести денежные расчеты?
5. Помогаете ли произвести расчеты и оплату за квартиру и коммунальные услуги?
6. Помогаете ли в написании писем?
7. Помогаете ли при пользовании телефоном для осуществления звонков?
8. Личные документы пожилого члена семьи/инвалида хранятся у вас?
9. Документы на квартиру хранятся у вас?

**Опросник для ребенка инвалида****Оценка двигательной активности**

1. Можешь ли сидеть в кровати?
2. Можешь поворачиваться в кровати?
3. Можешь встать с кровати?
4. Можешь ли сидеть на стуле?
5. Можешь переместиться с кровати на стул?
6. Можешь ли ходить?
7. Передвигаешься с помощью приспособления? (Трость, ходунки)
8. Передвигаешься с помощью инвалидной коляски?
9. Можешь ли самостоятельно передвигаться в пределах комнаты, квартиры?
10. Можешь ли самостоятельно спускаться и подниматься по лестнице?
11. Можешь ли самостоятельно передвигаться за пределами квартиры (гулять, переходить дорогу, произвести посадку в автомобиль)
12. При ходьбе, падаешь?
13. Можешь самостоятельно встать после падения?
14. Можешь ли поднять упавший предмет с пола?
15. Вызывают ли трудности в передвижении междверные порожки?
16. Выполняешь ли физические упражнения, делаешь зарядку?
17. Когда необходимо съездить куда либо, возможно использовать общественный транспорт или только такси?
18. При выходе из дома тебе нужен сопровождающий?

**Оценка возможности самообслуживания**

1. Можешь ли самостоятельно одеться?
2. Можешь заправить свою кровать?
3. Можешь ли самостоятельно открыть кран с водой?
4. Можешь ли самостоятельно умыться, почистить зубы, причесаться?
5. Можешь держать чашку, ложку самостоятельно?
6. Можешь ли самостоятельно пить, кушать?
7. Можешь убрать и помыть посуду за собой?
8. Можешь ли самостоятельно посетить туалет?
9. Просишься ли в туалет?
10. В санитарно-гигиенических целях пользуешься унитазом, санитарным стулом, горшком?
11. Бывают случаи, когда не успеваешь добежать до туалета?
12. Можешь ли сам(а) одеться, застегнуть пуговицы?
13. Одеваешься с посторонней помощью?
14. Можешь ли надеть обувь и завязать шнурки?
15. Можешь самостоятельно надеть варежки?
16. Может ли самостоятельно навести порядок в игрушках и на своей полке в шкафу?
17. Остаёшься один(одна)?

**Оценка коммуникативной активности**

1. Как тебя зовут?



2. Где ты учишься?
3. Хорошо ли ты видишь?
4. Хорошо слышишь?
5. Есть ли у тебя друзья?
6. Как часто ты с ними играешь/общаешься?
7. В какие игры тебе нравится играть?
8. Любишь, когда тебе читают книжки?
9. Что ты любишь рисовать?
10. С кем ты любишь смотреть телевизор?
11. Чем ты занимаешься во время прогулки?
12. Кому ты звонишь по телефону?
13. Умеешь включать телевизор, переключать программы?
14. Какие фильмы/мультфильмы ты любишь?
15. Занимаешься ли в кружках?
16. Участвуешь в соревнованиях?
17. Что ты умеешь делать на компьютере?
18. Умеешь ли ты задавать вопросы чужим людям? (Когда тебе надо доехать до вокзала? или найти магазин?)
19. Как ты общаешься с незнакомыми взрослыми?

#### Оценка социальной мобильности

11. Как тебя зовут?
12. Сколько тебе лет?
13. Твое любимое занятие?
14. Ожидаешь ли встречи с родственниками? (для детей ДДИ)
15. Рисуешь ли для них рисунки?
16. Занимаешься в кружках?
17. Даришь ли ты поделки, сделанные своими руками, друзьям (детям или взрослым)?
18. Принимаешь участие в проведении выставок, праздников, утренников?
19. Любишь дежурить, помогать накрывать на стол?
20. Помогаешь в уборке территории (уборка листьев, подметание снега)?
21. Помогаешь ли украшать комнаты к праздникам?
22. Пишешь ли ты Письмо Дедушке Морозу?
23. Как ты считаешь, что у тебя получается лучше всего?
24. У тебя есть друзья?
25. Ты часто с ними разговариваешь или играешь?
26. Как ты считаешь, что тебе делать труднее всего?
27. Кто тебе помогает, если ты что –нибудь не можешь сделать сам?

#### **Опросник**

#### **для родителей, воспитывающих ребенка-инвалида**

1. Ф.И.О. родителей, возраст
2. Ф.И.О. ребенка, возраст
3. Адрес проживания
4. Заболевание, инвалидность

5. С какого возраста имеет инвалидность?

### Оценка двигательной активности

1. Выходит ли ребенок из дома:
  - Выходит один или с сопровождающим
  - Вообще не выходит
2. Самостоятельно ли передвигается по дому
  - Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунки)
  - Передвигается с помощью приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании
  - Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в неё. - Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы сесть в коляску и/или передвигаться в ней по дому
  - Лежачий: не в состоянии встать с кровати и сделать несколько шагов без посторонней помощи
3. Кто осуществляет уход за ребенком?
4. Какие трудности возникают при уходе за ребенком?
5. Пользуется ТСР ( трость, ходунки, инв. коляска (комнатная, прогулочная), санитарное кресло, поручни, костыли, сиденье на ванну, столик для кормления, слуховой аппарат, звонок со световым индикатором (для слабослышащих) , телевизор с бегущей текстовой строкой (для слабослышащих)?)
6. Что из ТСР необходимо?

### Оценка возможности самообслуживания

1. Умывается самостоятельно?
2. Одевается без посторонней помощи?
3. Нуждается в небольшой помощи – в надевании носков, обуви, застегивании пуговиц?
4. Нуждается в значительной помощи при одевании (не может надеть белье, брюки, кофту или сорочку)
5. Моется без посторонней помощи?
6. Требуется присутствие другого человека при купании?
7. Нуждается в небольшой помощи (в получении воды нужной температуры, мытье головы, ног, умывании лица, чистке зубов)?
8. Необходимо полностью умывать и купать ребенка?
9. Ест и пьет без посторонней помощи?
10. Нуждается в полном кормлении ?
11. Может ли застелить свою кровать?
12. Содержит ли в порядке свои вещи?
13. Может ли помыть за собой посуду?
14. Контролирует отправление естественных потребностей: просится в туалет, контролирует мочеиспускание и дефекацию?
15. При пользовании туалетом нуждается в посторонней помощи в передвижении, одевании, личной гигиене после отправления естественных потребностей?
16. Не контролирует одно из отпращиваний (мочеиспускание или дефекацию): днем или ночью?
17. Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отпращиваний (и мочеиспускание, и дефекацию)?
18. Пользуется памперсами?

## Оценка интеллектуальной активности и способности к коммуникации

1. Хорошо ли видит?
2. Хорошо слышит?
3. Разговаривает?
4. Понимает обращенную речь?
5. Учится?
6. Где учится? (в классе на общих условиях, инклюзивное, дистанционное, обучение на дому)
7. Способен ли запоминать стихотворения?
8. Способен ли выразительно читать текст?
9. Умеет ли рассказывать сказки?
10. Есть ли у него друзья?
11. Есть ли трудности в общении?
12. Как часто он с ними играет, общается?
13. Любит, когда ему читают книжки?
14. Что он любит рисовать?
15. С кем он любит смотреть телевизор?
16. Чем он занимается во время прогулки?
17. Кому он звонит по телефону?
18. Умеет ли включать телевизор, переключать программы?
19. Какие мультфильмы/ фильмы он любит?
20. Занимается ли в кружках?
21. Участвует в соревнованиях?
22. Что умеет делать на компьютере?
23. Владеет ли основными трудовыми навыками?
24. Умеет ли контролировать свои эмоции?
25. Соблюдает ли дистанцию во взаимоотношениях в соответствии с обстоятельствами? (с учителем, незнакомыми взрослыми)
26. Сколько времени проводит в одиночестве?

## Оценка социальной мобильности

1. Посещает дошкольное учреждение (общего типа, специализированное)?  
Посещает школу?
2. Какие трудности возникают при посещении дошкольного учреждения?
3. Какие трудности возникают при проведении обучения?
4. Какие кружки, спортивные секции посещает ребенок?
5. Чем любит заниматься? (Хобби, досуг)
6. Принимает ли ребенок участие в календарных праздничных либо спортивных мероприятиях?
7. Нравится ли ребенку посещение массовых мероприятий?
8. Какие реабилитационные мероприятия с ребенком проводятся?
9. Какие, по Вашему мнению, ему ещё необходимы?

## Опросник для медперсонала, соседей, иного контактного окружения

### Оценка двигательной активности

1. Может ли самостоятельно передвигаться в пределах комнаты, квартиры?
2. Может ли встать с кровати?
3. Может ли переместиться с кровати на стул?
4. Может ли открыть балкон или форточку чтобы проветрить помещение?
5. Может ли самостоятельно спуститься и подняться по лестнице?
6. Может ли держать чашку, ложку самостоятельно?
7. Может ли Вы передвигаться за пределами квартиры (гулять, переходить дорогу, пользоваться для передвижения автомобилем - как пассажир, общественным транспортом?)
8. При ходьбе, вставании со стула (кровати) падает? Часто?
9. Что служит причиной падения?
10. Может самостоятельно встать после падения?
11. Может ли поднять упавший предмет с пола?

### Оценка возможности самообслуживания

1. Может ли приобрести продукты питания, предметы первой необходимости и лекарства?
2. Может ли приготовить себе горячее питье, не сложное горячее блюдо?
3. Может ли самостоятельно принимать лекарства?
4. Может ли самостоятельно измерить давления, уровень сахара в крови (при необходимости)
5. Может ли открыть кран с водой?
6. Может ли самостоятельно вымыть посуду?
7. Может ли самостоятельно умыться, почистить зубы, причесаться?
8. Самостоятельно ли обрабатывает ногти на руках и ногах?
9. Может ли самостоятельно встать с постели?
10. Может ли самостоятельно принять душ, ванну?
11. Может ли самостоятельно одеться?
12. Может ли самостоятельно посетить туалет?
13. Может ли в полной мере контролировать мочеиспускание и дефекацию?
14. Может ли самостоятельно сделать уборку в квартире?
15. Как часто меняет нательное белье и постельные принадлежности?
16. Может ли самостоятельно постирать одежду, белье?
17. В санитарно-гигиенических целях пользуется унитазом, санитарным стулом, горшком?
18. Бывают случаи, когда он/она не успевает дойти до туалета?
19. Использует ли памперсы, прокладки?
20. Пользуется расческой, зеркалом?
21. Уборку квартиры производит шваброй, пылесосом?
22. Может ли протереть пыль?
23. Пользуется ли ТСР?

### **Оценка коммуникативной активности**

1. Может ли самостоятельно произвести денежные расчёты?
2. Может ли самостоятельно сделать покупки в магазине?
3. Может ли самостоятельно оплачивать коммунальные счета?
4. Может ли самостоятельно пользоваться телефоном?
5. Может ли самостоятельно написать письмо?
6. Поддерживает ли родственные, дружеские, добрососедские связи, встречаться для общения?
7. Хорошо ли видит?
8. Хорошо ли слышит?
9. Реагирует ли на звонок либо стук в дверь?
10. Испытывает ли трудности в подборе нужных названий и слов?
11. Может ли самостоятельно читать газеты или книги?
12. Опасается ли посторонних людей?
13. Занимается ли рукоделием?
14. Обменивается ли достижениями с единомышленниками?

### **Оценка социальной мобильности**

1. Может ли самостоятельно записаться к врачу?
2. Поддерживает ли связь с коллегами, подругами?
3. Является ли членом какой либо общественной организации?
4. Может ли самостоятельно получить справку, произвести сверки по платежам?
5. Самостоятельно ли получаете пенсию?
6. Умеет ли пользоваться пластиковой картой?
7. Может ли самостоятельно произвести денежные расчеты в магазине?
8. Самостоятельно ли производит расчеты и оплату за квартиру и коммунальные услуги?
9. Общается ли с родственниками, соседями?
10. Пишет ли письма?

**АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРАЖДАНИНА  
В ЦЕЛЯХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

Настоящий акт составлен специалистами областного государственного бюджетного (автономного) учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения \_\_\_\_\_»,

\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность специалистов)

Ф.И.О. гражданина \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_ Дата освидетельствования МСЭ \_\_\_\_\_

Дата очередного освидетельствования (или бессрочно) \_\_\_\_\_

Сведения о дееспособности гражданина (дееспособен, признан судом недееспособным, ограничен в дееспособности)

\_\_\_\_\_

Сведения об опекуне (попечителе) недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина (ФИО, с какого времени назначен, степень родства)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес регистрации гражданина (указывается полный адрес регистрации гражданина)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания гражданина (указывается полный адрес проживания, либо «проживает по месту регистрации»)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Условия проживания гражданина (подробное описание условий проживания, в том числе указать следующую информацию: частный дом, общежитие, благоустроенная квартира, комната; вид жилищного фонда - государственный, муниципальный или частный; указать, в чьей собственности находится жилое помещение и с какого времени)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

С кем проживает (одиноко проживающий (ая), либо указать степень родства граждан, с которыми проживает) \_\_\_\_\_

Сведения о наличии родственников, не указанных выше (ФИО, возраст, степень родства, адрес проживания): \_\_\_\_\_

Обстоятельства, по которым родственники не могут осуществлять уход \_\_\_\_\_

Оценка способностей к самообслуживанию:

| Виды повседневной деятельности  | Оценка               |                |                         |
|---|----------------------|----------------|-------------------------|
|   | может самостоятельно | может частично | самостоятельно не может |
| Передвижение в пределах жилого помещения                                  |                      |                |                         |
| Спуск и подъем по лестнице  |                      |                |                         |
| Пользование лифтом  |                      |                |                         |
| Передвижение вне жилого помещения   |                      |                |                         |
| Пользование общественным транспортом                                      |                      |                |                         |
| Покупка продуктов питания, промышленных товаров, лекарственных препаратов |                      |                |                         |
| Приготовление пищи  |                      |                |                         |
| Разогрев пищи   |                      |                |                         |
| Прием пищи  |                      |                |                         |
| Прием лекарств  |                      |                |                         |
| Прием ванны, душа   |                      |                |                         |
| Одевание и раздевание   |                      |                |                         |
| Пользование туалетом  |                      |                |                         |
| Способность сидеть в кровати  |                      |                |                         |
| Способность вставать с кровати  |                      |                |                         |
| Пользование телефоном   |                      |                |                         |
| Уборка жилого помещения   |                      |                |                         |

Имеющиеся ограничения жизнедеятельности (снижение слуха, зрения, пользуется слуховым аппаратом, очками, глухонемота, лежачий и др.) \_\_\_\_\_

Вспомогательные средства, используемые для передвижения (костыли, ходунки, трость, кресло-коляска, иные) \_\_\_\_\_

В какой посторонней помощи нуждается гражданин \_\_\_\_\_

Сведения о предложенных гражданину социальных услугах в форме социального обслуживания на дому, в том числе услугах сиделки. В случае отказа гражданина от предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому указываются причины отказа:

Какой уход и с какого времени осуществляется за гражданином (родственники, соседи, знакомые, социальный работник в т. ч. социальные услуги, сиделка)

Причины, по которым гражданину не могут быть предоставлены социальные услуги на дому, услуги социального работника, сиделки

Причины отказа гражданина от предоставляемых ранее услуг социального работника

Размер пенсии \_\_\_\_\_ Размер ЕДВ \_\_\_\_\_

Иные доходы \_\_\_\_\_



Дополнительные

сведения:

---

---

---

Степень утраты способности к самообслуживанию:

|  |  |
|--|--|
| Частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности |  |
| Полная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности    |  |

Рекомендуемая (ые) формы предоставления социальных услуг (исходя из оценки условий жизнедеятельности гражданина):

|  |  |
|--|--|
| Предоставление социальных услуг в стационарной форме                     |  |
| Предоставление социальных услуг в полустационарной форме                 |  |
| Предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому |  |

Все сведения, изложенные в настоящем акте, представлены мною в добровольном порядке и соответствуют действительности.

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя или его представителя) (инициалы, фамилия заявителя или его представителя)

\_\_\_\_\_  
(должность лица (лиц), осуществляющего (их) обследование условий проживания)

(ФИО, подпись)

\_\_\_\_\_  
(должность лица, осуществляющего обследование условий проживания)

(ФИО, подпись)

М.П.».

**Карта оценки функционального состояния гражданина**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Инвалидность \_\_\_\_\_  
 Заключение мед. организации о нуждаемости в помощи \_\_\_\_\_

Сведения о членах семьи:

| № | ФИО | Степень родства | Характер взаимоотношений |
|---|-----|-----------------|--------------------------|
|   |     |                 |                          |
|   |     |                 |                          |
|   |     |                 |                          |
|   |     |                 |                          |

Анализ возможности организации семейного ухода:

- Не имеет родственников, обязанных в соответствии с действующим законодательством осуществлять уход
- Имеет совершеннолетних детей, которые проживают за пределами региона
- Имеет мужа (жену), который не может осуществлять уход по причине \_\_\_\_\_
- Имеет \_\_\_\_\_ (указать степень родства), готового осуществлять семейный уход на дому
- Иное \_\_\_\_\_

**Карта оценки двигательной активности, в том числе с использованием ТСР**

| Виды двигательной активности                       | Оценка   |                         |
|--|--|-------------------------|
|  | может самостоятельно (в том числе с помощью ТСР) | самостоятельно не может |
| Передвижение в пределах жилого помещения (комнаты) | 1  | 0                       |
| Спуск и подъем по лестнице                         | 1  | 0                       |
| Пользование лифтом                                 | 1  | 0                       |
| Передвижение на улице                              | 1  | 0                       |
| Пользование общественным транспортом               | 1  | 0                       |
| Передвижение в пределах кровати                    | 1  | 0                       |

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| Сумма баллов | 6 | 0 |
|--------------|---|---|

Дополнительные характеристики оценки двигательной активности (требуется помощь, скорость передвижения, наличие головокружений и т.д.):

---



---



---

### Карта оценки коммуникативной активности

| Виды коммуникаций  | Оценка          |              |
|--|-----------------|--------------|
|  | Да - 1          | Нет - 0      |
| Использование речи   | Да - 1          | Нет - 0      |
| Изъясняется при помощи альтернативных коммуникаций (заполняется в случае неиспользования речи) | Да - 1          | Нет - 0      |
| Слух   | Не нарушен - 1  | Нарушен - 0  |
| Зрение   | Не нарушено - 1 | Нарушено - 0 |
| Понимание обращенной речи  | Да - 1          | Нет - 0      |
| Проявление агрессии/аутоагрессии   | Да - 1          | Нет - 0      |
| ИТОГО  | 7               | 0            |

Дополнительные характеристики оценки коммуникативной активности (какими видами альтернативных коммуникаций владеет, степень утраты зрения и слуха и т.д.):

---



---



---

### Карта оценки возможности самообслуживания

| Виды повседневной деятельности  | Оценка               |                         |
|---|----------------------|-------------------------|
|   | может самостоятельно | самостоятельно не может |
| Покупка продуктов питания, промышленных товаров, лекарственных препаратов | 1                    | 0                       |
| Приготовление горячей пищи  | 1                    | 0                       |
| Разогрев пищи   | 1                    | 0                       |

|                                     |           |   |
|-------------------------------------|-----------|---|
| Прием пищи                          | 1         | 0 |
| Мытье посуды                        | 1         | 0 |
| Мытье холодильника                  |           |   |
| Прием лекарств                      | 1         | 0 |
| Прием ванны, душа                   | 1         | 0 |
| Стрижка ногтей                      | 1         | 0 |
| Одевание и раздевание               | 1         | 0 |
| Стирка, глажка белья                | 1         | 0 |
| Пользование туалетом                | 1         | 0 |
| Контроль дефекации и мочеиспускания | 1         | 0 |
| Способность сидеть в кровати        | 1         | 0 |
| Пользование телефоном               | 1         | 0 |
| Способность встать с кровати        | 1         | 0 |
| Уборка жилого помещения:            |           |   |
| Мытье полов                         | 1         | 0 |
| Мытье окон                          | 1         | 0 |
| Влажная уборка мебели от пыли       | 1         | 0 |
| Очистка ковров пылесосом            | 1         | 0 |
| Пользование ТСР                     | 1         | 0 |
| <b>ИТОГО</b>                        | <b>20</b> |   |

Дополнительные характеристики оценки возможности самообслуживания (скорость выполнения повседневной деятельности, все ли операции доступны, в чем есть потребность в посторонней помощи и т.д.):

---



---



---



---

#### Карта оценки социальной мобильности

| Виды социальной мобильности         | Оценка |         |
|-------------------------------------|--------|---------|
|                                     | Да - 1 | Нет - 0 |
| Дееспособность                      | Да - 1 | Нет - 0 |
| Способность к оформлению документов | Да - 1 | Нет - 0 |
| Общение с родственниками            | Да - 1 | Нет - 0 |
| Наличие внешних социальных связей   | Да - 1 | Нет - 0 |

|  |        |        |
|--|--------|--------|
| Наличие социальной активности в общественных организациях, объединениях, дополнительная занятость и т.д. | Да - 1 | Нет -0 |
| Наличие навыков осмысленного чтения  | Да - 1 | Нет -0 |
| Наличие навыков письма   | Да - 1 | Нет -0 |
| ИТОГО  | 7      | 0      |

1) Заключение о нуждаемости гражданина в социальном обслуживании.

| Сумма баллов | Степень | Направление работы  |
|--------------|---------|---|
| 40-36        | 6       | Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы и поддерживающем социальном сопровождении  |
| 35-31        | 5       | Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы и социальном обслуживании на дому  |
| 30-26        | 4       | Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы, в оказании медицинских услуг, социальном обслуживании на дому в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию  |
| 26-21        | 3       | Нуждается в социальном обслуживании на дому/ в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию, в социальном сопровождении и подборе доступной социальной активности, в оказании медицинских услуг  |
| 20-16        | 2       | Нуждается в социальном обслуживании на дому/ в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию и передвижению, в социальном сопровождении и подборе доступной социальной активности, в оказании медицинских услуг и постоянном медицинском обслуживании, в постоянной психологической поддержке |
| 15-0         | 1       | Нуждается в социальном обслуживании на дому/ в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с полной утратой способности к самообслуживанию, в постоянном медицинском обслуживании, в постоянной психологической поддержке  |