

АКТ

обстеження матеріально-побутових умов проживання особи, яка потребує надання соціальних послуг із встановленням диференційованої плати (складається суб'єктом надання соціальних послуг за згодою особи, яка потребує їх надання)

1. Прізвище _____, ім'я _____, по батькові _____
2. Дата народження _____
3. Місце проживання _____, телефон _____
4. Реєстрація місця проживання/перебування _____
5. Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті) _____
6. Номер пенсійного посвідчення (посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу) _____
7. Група інвалідності (за наявності) (вказати причину інвалідності і групу, дату переосвідчення) _____
8. Сімейний стан _____
9. Наявність родичів або осіб, зобов'язаних за законом утримувати громадянина (вказати ступінь споріднення, прізвища, імена, по батькові, дати народження, їхні місця проживання, телефони) _____
10. Доходи за останні шість місяців (згідно з довідкою про доходи).
11. Наявність інших видів допомоги, у тому числі соціальне обслуговування недержавними (благодійними, релігійними) організаціями (найменування організації, види послуг, терміни обслуговування, отримання виплати) _____
12. Умови проживання (підкреслити): квартира державна (ізольована, комунальна), кооперативна, приватизована, неприватизована, приватний будинок, поверх _____, кількість кімнат _____, площа _____ (кв. м).
13. Наявність комунальних вигод (необхідне підкреслити): ванна, санвузол, центральне водопостачання, колодязь/колонка, опалення (центральне, пічне, індивідуальне газове), ліфт, без комунальних вигод.
14. Наявність присадибної ділянки: так, ні (необхідне підкреслити), її розмір _____ га.

15. Пільги з оплати житлово-комунальних послуг, категорія _____

16. Має потребу у наданні соціальних послуг:

- догляд вдома (так, ні) _____;
- або: догляд стаціонарний (так, ні) _____;
- або: денний догляд (так, ні) _____;
- або: паліативний/хоспісний догляд (так, ні) _____;
- підтримане проживання (так, ні) _____;
- послуга з влаштування до сімейних форм виховання (так, ні) _____;
- послуга соціальної адаптації (так, ні) _____;
- послуга соціальної інтеграції та реінтеграції (так, ні) _____;
- послуга абілітації (так, ні) _____;
- послуга соціальної реабілітації (так, ні) _____;
- послуга соціально-психологічної реабілітації (так, ні) _____;
- надання притулку (так, ні) _____;
- кризове та екстрене втручання (так, ні) _____;
- консультування (так, ні) _____;
- соціальний супровід/патронаж (так, ні) _____;
- соціальний супровід при працевлаштуванні та на робочому місці (так, ні) _____;
- представництво інтересів (так, ні) _____;
- посередництво (медіація) (так, ні) _____;
- соціальна профілактика (так, ні) _____.

Висновок комісії (вказати найменування суб'єкта, де особа підлягає наданню соціальних послуг, назву соціальної послуги, яку він буде надавати із встановленням диференційованої плати): _____

З актом ознайомлений _____ (прізвище, ім'я, по батькові громадянина) _____ (підпис)

Підписи членів комісії:

_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище, ініціали)
_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище, ініціали)
_____	_____	_____
(посада)	(підпис)	(прізвище, ініціали)

Дата обстеження: „____” _____ 20____ року.