



**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

12.09.2024

№ 371

*Об утверждении форм документов,
используемых при осуществлении
контроля качества предоставления
гражданам пожилого возраста
и инвалидам, нуждающимся в уходе,
социальных услуг по уходу, включенных
в социальный пакет долговременного
ухода, и мониторинга функционирования
системы долговременного ухода*

В соответствии с распоряжением Правительства Владимирской области от 09.09.2024 № 511-р «Об утверждении порядка осуществления контроля качества предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам, нуждающимся в уходе, социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода, и порядка мониторинга функционирования системы долговременного ухода» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Форму Акта по результатам осуществления контроля качества предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам, нуждающимся в уходе, социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода, согласно приложению № 1.

1.2. Форму информации об осуществлении контроля качества за отчетный месяц согласно приложению № 2.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра по курируемому направлению деятельности.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

И.о.Министра

О.В.Артемьева

Приложение № 1
к приказу
Министерства социальной защиты
населения Владимирской области
от 12 09 2024 № 371

А К Т № _____

**по результатам осуществления контроля качества предоставления гражданам
пожилого возраста и инвалидам, нуждающимся в уходе, социальных услуг
по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода**

Дата составления акта « ____ » _____ 20__ года

Ф.И.О. получателя

социальных услуг по уходу

Дата рождения

Адрес фактического проживания

Количество час/мин по ИППСУ

Поставщик социальных услуг

Ф.И.О. помощника по уходу

Кратность посещений помощника
по уходу (по ИППСУ)

Уровень нуждаемости

Выполнение социальных услуг по уходу помощником по уходу	Отметка о соответствии показателям качества социальной услуги по уходу		Проверка полноты, качества, объема, кратности социальных услуг в дополнении к ИППСУ (заполняется в случае выявления нарушений)
Питание	Соответствует	<input type="checkbox"/>	(комментарии о несоответствии ИППСУ, заполняется со слов гражданина)
	Частично соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Не соответствует	<input type="checkbox"/>	
Гигиена	Соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Частично соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Не соответствует	<input type="checkbox"/>	
Мобильность	Соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Частично соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Не соответствует	<input type="checkbox"/>	
Общесие и обеспечение безопасности	Соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Частично соответствует	<input type="checkbox"/>	
	Не соответствует	<input type="checkbox"/>	

Приложение № 2
к приказу
Министерства социальной защиты
населения Владимирской области
от 12.09 2024 № 371

ИНФОРМАЦИЯ
об осуществлении контроля качества
за _____ 20__ г.
(месяц)

№ п/п	Территориальный координационный центр	Ф.И.О. получателя социальных услуг по уходу	Адрес фактического проживания	Дата проведения контроля качества	Поставщик социальных услуг	Ф.И.О. эксперта, осуществляю щего контроль качества

Дневная занятость и социальные контакты	Соответствует		
	Частично соответствует		
	Не соответствует		
Ведение документации: Дневник ухода, план-отчет ведение листов контроля, график	Осуществляется		(комментарии о ведении документации)
	Частично осуществляется		
	Не осуществляется		
Обеспечение техническими средствами реабилитации	Обеспечен		(указываются выданные/необходимые технические средства реабилитации)
	Не полностью обеспечен		
	Не обеспечен		

Выводы по проверке качества предоставления гражданам, нуждающимся в уходе, социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода:

Должностное(ые) лицо(а), проводившее(ие) контроль качества предоставления социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода:

_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, инициалы)
_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, инициалы)

По результатам выявленных нарушений необходимо принять следующие меры (заполняется учреждением в случае выявления нарушений, указываются сроки устранения и предоставления Акта выполненных работ от поставщика социальных услуг):

Должностное лицо, ответственное за исправление нарушений:

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, инициалы)	(дата)

РЕЗУЛЬТАТ: нарушения устранены / частично устранены / не устранены (подчеркнуть)