



# ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

23.12.2025

№ 43

О внесении изменений в приказ Департамента социальной защиты населения  
Томской области от 29.11.2024 № 41

В соответствии с частью 5 статьи 20 Закона Томской области от 7 марта  
2002 года № 9-ОЗ «О нормативных правовых актах Томской области»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Департамента социальной защиты населения Томской  
области от 29.11.2024 № 41 «Об определении Порядка организации  
сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области» (Официальный  
интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)), 03.12.2024,  
№ 7001202412030027) следующие изменения:

в Порядке организации сопровождаемого проживания инвалидов в  
Томской области, утвержденном указанным приказом:

1) приложение № 2 изложить в новой редакции согласно приложению № 1  
к настоящему приказу;

2) приложение № 5 изложить в новой редакции согласно приложению № 2  
к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального  
опубликования.

Начальник Департамента



М.А. Киняйкина

Мурмулева Ю.Г.

Государственная регистрация  
Дата: 24.12.2025  
Номер: 1936-59/2025

Приложение № 1  
к приказу Департамента социальной  
защиты населения Томской области  
от 23.12.2025 № 43

Форма

В \_\_\_\_\_  
(наименование уполномоченной организации, в которую  
предоставляется заявление)

от \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, СНИЛС инвалида)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской  
области)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование  
государственного органа, органа местного самоуправления,  
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа,  
органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление  
о предоставлении услуг сопровождаемого проживания

Прошу \_\_\_\_\_  
(вписать слова «предоставить», «уточнить», «скорректировать»)  
услуги сопровождаемого проживания, оказываемые поставщиком социальных услуг  
\_\_\_\_\_ (указывается поставщик социальных услуг)

На срок:  
пожизненно \_\_\_; на период инвалидности \_\_\_, на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

В предоставлении (корректировке, уточнении) услуг сопровождаемого проживания  
нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

Обстоятельства, с учетом которых предоставляются услуги сопровождаемого проживания	Отметка о наличии обстоятельств: (вписать слова по смысловому содержанию)
полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать	

основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности	
в целях адаптации к самостоятельной жизни	
обстоятельства, объективно препятствующие выполнению членами семьи, в том числе близкими родственниками инвалида, обязанностей по уходу за ним (в случае обращения о предоставлении сопровождаемого проживания инвалида, проживающего в семье, или при наличии у него близких родственников	
Иные обстоятельства (указать)	

О себе сообщаю следующие сведения:

Работаю	Учусь	Текущие условия проживания: (проставить отметку «V»)			Имею близких родственников (опекуна (попечителя), которые обеспечивают уход за мной (проставить отметку «да» или «нет»)
(проставить отметку «V»)		одиноко- проживающий	в семье	в стационарной организации социального обслуживания	

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Уведомление о принятом решении прошу направить: \_\_\_\_\_

(указывается способ направления уведомления: почтовой связью по месту жительства; на адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(дата заявления)

К заявлению прилагаю следующие документы и сведения (проставить отметку «V»):

копия документа, удостоверяющего личность инвалида;

копия документа, подтверждающего полномочия законного или уполномоченного представителя, при обращении законного или уполномоченного представителя инвалида, и копия документа, удостоверяющего его личность;

копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА инвалида);

заключение медицинской организации об отсутствии медицинских противопоказаний для предоставления услуг в рамках организации сопровождаемого проживания;

решение суда о признании инвалида недееспособным или ограниченно дееспособным (в случае обращения о предоставлении сопровождаемого проживания недееспособному или ограниченному в дееспособности инвалиду);

справка с места работы (учебы) инвалида, содержащая сведения о фактическом местонахождении рабочего (учебного) места инвалида, графике его работы (учебы);

копия направления на получение медицинских услуг, медицинских реабилитационных услуг.

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_

Дата приема заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Специалист: \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

-----линия отреза-----

Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_

Дата приема заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Специалист: \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Приложение № 2  
к приказу Департамента социальной  
защиты населения Томской области  
от 23.12.2025 № 43

Форма

В \_\_\_\_\_  
(наименование уполномоченной организации, в которую  
предоставляется заявление)

от \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) инвалида)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, СНИЛС инвалида)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской  
области)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование  
государственного органа, органа местного самоуправления,  
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа,  
органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление

о прекращении услуг сопровождаемого проживания инвалида

Прошу прекратить предоставление услуг сопровождаемого проживания инвалида,  
оказываемые \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указать поставщика социальных услуг)

В предоставлении услуг сопровождаемого проживания не нуждаюсь с \_\_\_\_\_  
(указать дату)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(дата заполнения заявления)