



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

28.05.2026

№34

О внесении изменения 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), 03.12.2024,
№ 7001202412030027) изменение, изложив Порядок организации
сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области, утвержденный
указанным приказом, в новой редакции согласно приложению к настоящему
приказу.

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

Начальник Департамента



О.Н. Назаревич

Петина Т.С.

Приложение
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Томской области
от 28.05.2026 № 34

Порядок организации сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области

1. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет категории получателей услуг, процедуру установления нуждаемости в сопровождаемом проживании, условия и периодичность предоставления услуг сопровождаемого проживания инвалидов старше 18 лет, неспособных вести самостоятельный образ жизни без помощи других лиц, проживающих в Томской области (далее – инвалид).

2. Сопровождаемое проживание организуется в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности инвалида, и создания необходимых условий для успешной адаптации инвалида к самостоятельной жизни.

Сопровождаемое проживание направлено на обеспечение проживания инвалидов в домашних условиях, повышение способности инвалидов к самообслуживанию и удовлетворению основных жизненных потребностей (осуществлению трудовой и иной деятельности, досугу и общению).

3. Уполномоченными организациями на оказание услуг сопровождаемого проживания инвалидов являются организации социального обслуживания, включенные в Реестр поставщиков социальных услуг Томской области, и предоставляющие социальные услуги в форме социального обслуживания на дому (далее - поставщик социальных услуг).

4. Нуждаемость инвалида в сопровождаемом проживании, а также объем, периодичность и продолжительность предоставляемых инвалиду услуг сопровождаемого проживания устанавливаются подведомственным Департаменту социальной защиты населения Томской области областным государственным казенным учреждением «Центр социальной поддержки населения Ленинского района г. Томска» (далее – уполномоченная организация), с учетом критериев, применяемых для установления нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании (с учетом ограничений жизнедеятельности и нарушенных функций организма), определения объема, периодичности и продолжительности предоставления услуг по сопровождаемому проживанию, утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28.07.2023 № 606н «Об утверждении критериев, применяемых для установления нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании (с учетом

ограничений жизнедеятельности и нарушенных функций организма), определения объема, периодичности и продолжительности предоставления услуг по сопровождаемому проживанию» (далее - Приказ № 606н, критерии).

5. Сопровождаемое проживание инвалидов включает в себя:

1) услуги ассистента (помощника), оказывающего персональную помощь инвалидам в передвижении, получении информации, ориентации и коммуникации, при получении ими образования, осуществлении трудовой деятельности, медицинских реабилитационных (абилитационных) услуг, социальной занятости и получении социальных услуг;

2) социальные услуги и социальное сопровождение инвалидов в рамках полномочий, установленных Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

6. Услуги сопровождаемого проживания, указанные в подпункте 1) пункта 5 настоящего Порядка предоставляются безвозмездно на весь срок нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании.

Срок нуждаемости в сопровождаемом проживании определяется уполномоченной организацией в соответствии с заявлением о предоставлении услуг сопровождаемого проживания инвалида в пределах срока, на который установлена инвалидность при наличии 2 или 3 степени ограничения по одной и (или) более из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением.

7. Перечень, объем, периодичность, продолжительность, описание предоставляемых услуг (стандарт услуг) сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области определяются в соответствии с приложением № 1 к настоящему Порядку.

8. Предоставление социальных услуг в рамках сопровождаемого проживания осуществляется в индивидуальной и групповой форме.

9. Сопровождаемое проживание организуется в три этапа: первый-подготовительный (организационный), второй - учебный (тренировочный), третий - основной (постоянное сопровождаемое проживание).

10. На подготовительном (организационном) этапе осуществляется подбор кандидатов и формируются группы для прохождения учебного (тренировочного) этапа.

11. Учебный (тренировочный) этап организуется на базе тренировочных квартир с целью обучения инвалидов социально-бытовым навыкам и развития самостоятельности. Продолжительность учебного (тренировочного) этапа составляет не менее 4 месяцев непрерывно или не менее 1-2 месяцев непрерывно 2-3 раза в год.

12. Основной этап (постоянное сопровождаемое проживание) направлен на развитие и поддержку максимально возможной самостоятельности инвалидов при организации их повседневной жизни. Необходимым условием основного

этапа сопровождаемого проживания является обустройство квартир сопровождаемого проживания, предназначенных для постоянного проживания инвалидов и отвечающих установленным санитарным и техническим правилам и нормам, иным требованиям законодательства Российской Федерации.

2. Установление нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании

13. Для предоставления сопровождаемого проживания инвалид (представитель инвалида) предоставляет в уполномоченную организацию лично или посредством почтового отправления заявление о предоставлении услуг сопровождаемого проживания по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку (далее – заявление) и следующие документы:

1) копия документа, удостоверяющего личность инвалида;

2) копии документов, удостоверяющих личность представителя, и подтверждающих полномочия представителя (в случае предоставления заявления представителем инвалида);

3) копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, подтверждающей наличие у инвалида 2 и (или) 3 степени ограничения хотя бы одной из следующих основных категорий жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением (предоставляется в случае отсутствия сведений в государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере»);

4) копия вступившего в законную силу решения суда о признании инвалида недееспособным или ограниченно дееспособным (в случае предоставления сопровождаемого проживания недееспособному или ограниченному в дееспособности гражданину);

5) копия направления медицинской организации на получение медицинских реабилитационных (абилитационных) услуг (при наличии);

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

7) справка о получении услуг социальной занятости инвалидов (при наличии);

8) согласие инвалида (представителя инвалида) на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

14. Уполномоченная организация принимает решение о приостановлении заявления не более чем на 5 рабочих дней в случае непредставления документов, предусмотренных подпунктами 1)-8) пункта 13 настоящего Порядка, и направляет инвалиду уведомление о приостановлении рассмотрения заявления, в срок не превышающий 1 рабочего дня с даты регистрации заявления.

15. Уполномоченная организация регистрирует заявление во

Многофункциональной региональной информационной системе Томской области: Соцзащита в день поступления заявления и документов, предусмотренных подпунктами 1)-8) пункта 13 настоящего Порядка.

16. Решение принимается уполномоченной организацией в срок не превышающий 7 рабочих дней с даты регистрации заявления.

17. Установление нуждаемости инвалида в предоставлении сопровождаемого проживания включает проведение следующих мероприятий:

1) оценку трудностей, испытываемых инвалидом в выполнении задач и действий, необходимых для осуществления жизнеустройства в домашних условиях, и проблем, возникающих при вовлечении инвалида в жизненные ситуации, с учетом имеющихся ограничений основных категорий жизнедеятельности и степени их выраженности, указанных в индивидуальной программе реабилитации и абилитации инвалида (далее - нарушение автономии инвалида);

2) определение в соответствии с Приказом № 606н оценки нарушения автономии инвалида в диапазоне от 23 до 272 баллов и степень выраженности нарушения автономии инвалида:

I степень - незначительные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 23 до 68 баллов;

II степень - умеренные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 69 до 136 баллов;

III степень - выраженные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 137 до 204 баллов;

IV степень - значительно выраженные нарушения автономии инвалида в диапазоне от 205 до 272 баллов.

18. В случае принятия решения о нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании уполномоченная организация разрабатывает индивидуальную программу сопровождаемого проживания по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку (далее - ИПСП) в срок, предусмотренный пунктом 16 настоящего Порядка.

19. Для организации оказания услуг сопровождаемого проживания, уполномоченная организация в срок не позднее 2 рабочих дней передает поставщику социальных услуг документы, указанные в пункте 13 настоящего Порядка и следующие документы:

1) копию индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ) инвалида (в случае признания инвалида нуждающимся в социальном обслуживании на дому);

2) копию заполненного опросника «Оценка степени выраженности нарушения автономии инвалида»;

3) заявление;

4) решение о признании инвалида нуждающимся в сопровождаемом проживании;

5) копия ИПСП.

20. При первичном предоставлении услуг сопровождаемого проживания предусмотрен адаптационный период до 6 месяцев, в течение которого инвалиду предоставляется персональная помощь ассистента в передвижении, получении информации, ориентации и коммуникации. По истечении адаптационного периода проводятся мероприятия, предусмотренные пунктом 17 настоящего Порядка по установлению нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании.

21. Основаниями для принятия решения об отсутствии нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании являются:

1) отсутствие у инвалида 2 и (или) 3 степени ограничения из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением;

2) степень выраженности нарушения автономии инвалида, определенная с учетом критериев, составляет менее 23 баллов;

3) степень выраженности нарушения автономии инвалида, определенная с учетом критериев, составляет более 205 баллов;

4) наличие близких родственников, опекуна или попечителя из числа физических лиц, имеющих возможность обеспечивать уход за инвалидом;

5) непредставление документов, предусмотренных подпунктами 1)-4), 8 пункта 13 настоящего Порядка, в течение 5 рабочих дней после получения уведомления о приостановлении рассмотрения заявления, в соответствии с пунктом 14 настоящего Порядка.

22. Уполномоченная организация уведомляет инвалида (представителя инвалида) в срок не позднее 2 рабочих дней о принятии решения о нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании или решения об отсутствии нуждаемости в сопровождаемом проживании, способом, указанным в заявлении инвалида (представителя инвалида):

1) посредством электронной почты - по адресу, указанному в заявлении;

2) посредством почтового отправления - по адресу, указанному в заявлении (при отсутствии сведений об адресе электронной почты инвалида (представителя инвалида)).

23. Поставщик социальных услуг предоставляет услуги сопровождаемого проживания в соответствии с договором о предоставлении инвалиду услуг сопровождаемого проживания по форме согласно приложению № 4 к настоящему Порядку.

24. В целях уточнения, корректировки предоставляемых услуг в рамках сопровождаемого проживания не реже одного раза в год уполномоченной организацией проводится повторное установление нуждаемости инвалида в сопровождаемом проживании с учетом критериев.

Повторное установление нуждаемости в сопровождаемом проживании проводится:

1) в период действия ИПСП на основании заявления или по мотивированному предложению поставщика социальных услуг;

2) по окончании срока действия ИПСП в связи с окончанием срока инвалидности.

25. Основанием для приостановления предоставления услуг сопровождаемого проживания является подача заявления инвалида (представителя инвалида) о выбытии с места жительства на срок до 30 календарных дней.

26. Основаниями для прекращения предоставления услуг сопровождаемого проживания являются следующие обстоятельства:

1) смерть инвалида;

2) отсутствие 2 или 3 степеней ограничения хотя бы одной из следующих основных категорий жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению, обучению и контролю за своим поведением;

3) определение степени выраженности нарушения автономии инвалида в соответствии с критериями менее 23 баллов при повторном установлении нуждаемости;

4) выезд инвалида на постоянное место жительства за пределы Томской области;

5) нахождение инвалида на круглосуточном стационарном лечении в медицинской организации сроком более 30 календарных дней;

6) истечение 30 календарных дней после приостановления услуг, в случае непредоставления заявления о восстановлении предоставления услуг сопровождаемого проживания инвалида;

7) окончание срока реализации ИПСП;

8) поступление поставщику услуг сопровождаемого проживания заявления инвалида (представителя инвалида) о прекращении услуг сопровождаемого проживания по форме согласно приложению № 5 к настоящему Порядку.

27. При наличии оснований, предусмотренных пунктами 25, 26 настоящего Порядка, поставщик социальных услуг уведомляет уполномоченную организацию в срок не позднее 1 рабочего дня, следующего за днем их установления, для принятия решения о приостановлении (прекращении) предоставления услуг сопровождаемого проживания и исключения инвалида из числа получателей услуг сопровождаемого проживания со дня приостановления (прекращения) предоставления услуг.

28. Предоставление инвалиду услуг сопровождаемого проживания приостанавливается (прекращается) со дня, следующего за днем наступления обстоятельства, являющегося основанием для принятия решения о приостановлении (прекращении) предоставления услуг.

29. Восстановление приостановленных услуг сопровождаемого проживания осуществляется на основании заявления о восстановлении предоставления услуг сопровождаемого проживания инвалида по форме согласно приложению № 6 к настоящему Порядку с даты, указанной в заявлении.

Приложение №1
к Порядку организации
сопровождения
проживания инвалидов
в Томской области

Перечень, объем, периодичность, продолжительность,
описание предоставляемых услуг (стандарт услуг) сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области

Наименование услуги	Описание услуги	Объем услуги	Периодичность услуги в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28.07.2023 года № 606н «Об утверждении критериев» (далее - Приказ № 606н)	Продолжительность услуги	Наименование профессии сотрудника, оказывающего услугу
1. Оказание персональной помощи в передвижении	Персональное сопровождение и помощь в передвижении инвалиду к объектам образования, предприятий для осуществления трудовой деятельности и социальной занятости в пределах муниципального образования	Не более 2 раз в сутки	По запросу	Не более 6 часов в сутки	Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья

Наименование услуги	Описание услуги	Объем услуги	Периодичность услуги в соответствии с Приказом № 606н)	Продолжительность услуги	Наименование профессии сотрудника, оказывающего услугу
2. Оказание персональной помощи в получении информации	Персональная помощь в разъяснении порядка предоставления и получения услуги; в оформлении документов, о порядке получения услуг за пределами места, помещения, территории организаций, представляющих услуги	Не более 2 раз в сутки	По запросу	Не более 6 часов в сутки	Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья

Наименование услуги	Описание услуги	Не более 2 раз в сутки	Периодичность услуги в соответствии с Приказом № 606н)	Продолжительность услуги	Наименование профессии сотрудника, оказывающего услугу
3. Оказание персональной помощи в ориентации	Персональная помощь и (или) содействие в ориентации в пространстве внутри и вне помещения, в том числе с помощью технических средств реабилитации, в процессе выполнения повседневного распорядка, в целях приобретения, получения товаров, услуг за пределами места, помещения, территории организаций, предоставляющих услуги	Не более 2 раз в сутки	По запросу	Не более 6 часов в сутки	Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья

Наименование услуги	Описание услуги	Объем услуги	Периодичность услуги в соответствии с Приказом № 606н)	Продолжительность услуги	Наименование профессии сотрудника, оказывающего услугу
4. Оказание персональной помощи в коммуникации	Персональная помощь и содействие межличностной коммуникации инвалидов в процессе взаимоотношений, в том числе формальных в различных службах, в общении с использованием средств связи, технических средств реабилитации (изделий) за пределами места, помещения, территории организаций, предоставляющих услуги	Не более 2 раз в сутки	По запросу	Не более 6 часов в сутки	Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья

Приложение №2
к Порядку организации
сопровождаемого проживания
инвалидов в Томской области

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»)
		одинок- проживающий	в семье	в стационарной организации социального обслуживания	
(проставить отметку «V»)					

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Уведомление о принятом решении прошу направить:

- 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 представителя и копия документа, удостоверяющего личность представителя;
- копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА инвалида);
- вступившее в законную силу решение суда о признании инвалида недееспособным или ограниченно дееспособным;

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

справка о получении услуг социальной занятости инвалидов;

копия направления медицинской организации на получение медицинских реабилитационных (абилитационных) 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 № 3
к Порядку организации
сопровождаемого проживания
инвалидов в Томской области

Форма

Индивидуальная программа
сопровождаемого проживания инвалида (ИПСП)

(наименование организации, уполномоченной на составление индивидуальной программы сопровождаемого проживания, адрес, контактный номер телефона, адрес электронной почты уполномоченной организации:

№ _____

(дата составления ИПСП)

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

2. Пол _____ 3. Дата рождения _____

4. Адрес регистрации по месту жительства:

почтовый индекс _____ Район _____

населенный пункт _____ улица _____ дом № _____

корпус _____ квартира _____ телефон _____

5. Адрес проживания по месту жительства:

почтовый индекс _____ район _____ населенный пункт _____ улица _____ дом

№ _____ корпус _____ квартира _____ телефон _____

6. Семейное положение:

имеет родителей (одного родителя); лицо из числа детей-сирот; лицо из числа детей, оставшихся без попечения родителей; статус не подтвержден в связи с отсутствием сведений о родителях.

7. Место работы/учебы:

почтовый индекс _____ населенный пункт _____

улица _____ дом № _____ телефон _____

8. Сведения об образовании:

Образование	
Нет	<input type="checkbox"/>
Обучался в интернате (нет документа об общем образовании)	<input type="checkbox"/>
Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе	<input type="checkbox"/>
Начальное общее образование – 4 класса	<input type="checkbox"/>
Основное общее образование – 9 классов	<input type="checkbox"/>
Среднее общее образование – 11 классов	<input type="checkbox"/>
Профессиональное обучение/профессиональная подготовка	Да <input type="checkbox"/> Обучается сейчас <input type="checkbox"/>
Среднее профессиональное образование	Да <input type="checkbox"/> Обучается сейчас <input type="checkbox"/>
Высшее образование	Неоконченное высшее <input type="checkbox"/> Окончил <input type="checkbox"/> Обучается сейчас <input type="checkbox"/>
Есть диплом или аттестат об образовании	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/>

Есть свидетельство об обучении по адаптированной основной общеобразовательной программе	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знает <input type="checkbox"/>
Иное (указать)	
Указать специальность (и):	
Хочет ли обучаться /получить образование /профессию?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

9. Серия, номер паспорта или данные иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи этих документов, наименование выдавшего органа

10. Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя инвалида:

(заполняется при наличии представителя)

11. Документ, подтверждающий полномочия представителя инвалида (указать наименование документа):
_____ кем _____ выдан
_____ когда выдан _____

12. Документ, удостоверяющий личность представителя инвалида (указать наименование документа):
_____ серия _____ № _____ кем выдан
_____ когда выдан _____

13. Адрес электронной почты (при наличии)

14. Индивидуальная программа сопровождаемого проживания разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: _____

15. Инвалидность:

I группа

II группа

III группа

16. причина инвалидности: _____

17. дата установления группы инвалидности: день _____ месяц _____ год _____

18. группа инвалидности установлена на срок до: _____/бессрочно

19. степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности (в соответствии с ИПРА инвалида)

Основные категории жизнедеятельности	Степень выраженности ограничений		
	I	II	III
Способность к самообслуживанию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Способность к передвижению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Способность к ориентации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Способность к общению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Способность к обучению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Способность к трудовой деятельности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Способность к контролю за своим поведением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Дееспособность:

дееспособен

ограниченно дееспособен

недееспособен

21. Использование технических средств реабилитации: ДА НЕТ

22. Степень выраженности нарушения автономии инвалида в части самостоятельного проживания инвалида:

I степень (незначительные нарушения); II степень (умеренные нарушения); III степень (выраженные нарушения); IV степень (значительно выраженные);

23. Периодичность предоставления услуг по сопровождаемому проживанию:

по запросу (от 4 до 12 часов в неделю); периодическое (от 12 до 28 часов в неделю); регулярное (от 4 до 8 часов в сутки); постоянное (от 8 до 24 часов в сутки)

24. Социальные услуги инвалиду при организации сопровождаемого проживания оказываются в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг (ИППСУ), разработанной _____

(указывается дата и наименование организации, уполномоченной на признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании)

25. Услуги ассистента (помощника), оказывающего персональную помощь инвалиду в передвижении, получении информации, ориентации и коммуникации, в том числе при содействии в получении образования, содействии трудоустройству, содействии социальной занятости инвалида:

Наименование услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги	Наименование поставщика социальных услуг, специалиста, оказывающего услугу
1. Оказание персональной помощи в передвижении				
2. Оказание персональной помощи в получении информации				
3. Оказание персональной помощи в ориентации				
4. Оказание персональной помощи в коммуникации				

26. Содействие в получении образования Да Нет

27. Содействие в трудоустройстве Да Нет

28. Содействие в социальной занятости Да Нет

С содержанием индивидуальной программы сопровождаемого проживания согласен

(подпись получателя услуг)

(расшифровка подписи)

Сотрудник уполномоченной организации, ответственный за составление индивидуальной программы сопровождаемого проживания инвалида

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение № 4
к Порядку организации
сопровождаемого проживания
инвалидов в Томской области

Форма

Договор № _____
о предоставлении инвалиду услуг сопровождаемого проживания
« ___ » _____ 20__ года

(полное наименование поставщика социальных услуг)

именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии),
уполномоченного представителя Исполнителя)

(основание правомочия: устав, доверенность, др.)

с одной стороны, и _____
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) инвалида,

_____, именуемый в дальнейшем «Заказчик»,
признанного нуждающимся в сопровождаемом проживании)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность Заказчика)

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства Заказчика)

в лице _____
(фамилия, имя, отчество (последнее -- при наличии) представителя Заказчика)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя Заказчика)

действующего на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

_____, проживающий по адресу: _____

(указывается адрес места жительства представителя Заказчика)

с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Сторонами, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать услуги Заказчику на основании индивидуальной программы сопровождаемого проживания инвалида, выданной в установленном порядке (далее - Услуги, индивидуальная программа), которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Сроки и условия предоставления конкретной Услуги устанавливаются в соответствии со сроками и условиями, предусмотренными для предоставления соответствующих Услуг индивидуальной программой, и в согласованном Сторонами виде являются приложением к настоящему Договору.

3. Место оказания Услуг: _____

(указывается адрес места оказания услуг)

4. По результатам оказания Услуг Исполнитель представляет Заказчику акт сдачи-приемки оказанных Услуг, подписанный Исполнителем, в 2 экземплярах, составленный по форме, согласованной Сторонами, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Взаимодействие Сторон

5. Исполнитель обязан:

1) предоставлять Заказчику Услуги надлежащего качества в соответствии с порядком предоставления социальных услуг, утвержденным уполномоченным органом государственной власти, а также индивидуальной программой и настоящим Договором;

2) предоставлять бесплатно в доступной форме Заказчику (представителю Заказчика) информацию о его правах и обязанностях, о видах Услуг, которые оказываются Заказчику, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти Услуги, их стоимости для Заказчика либо о возможности получения их бесплатно;

3) использовать информацию о Заказчике в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации о персональных данных требованиями о защите персональных данных;

4) обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей Заказчика;

5) своевременно и в письменной форме информировать Заказчика об изменении порядка и условий предоставления Услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором, а также их оплаты в случае изменения законодательства;

6) вести учет Услуг, оказанных Заказчику;

7) исполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Договором и нормами действующего законодательства.

6. Исполнитель имеет право:

1) отказать в предоставлении Услуг Заказчику в случае нарушения им условий настоящего Договора, а также в случае возникновения у Заказчика, получающего Услуги в стационарной форме социального обслуживания, медицинских противопоказаний, указанных в заключении уполномоченной медицинской организации;

2) требовать от Заказчика соблюдения условий настоящего Договора;

3) получать от Заказчика информацию, сведения, документы, необходимые для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного предоставления Заказчиком такой информации, сведений, документов, Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления требуемой информации (сведений, документов).

7. Исполнитель не вправе передавать исполнение обязательств по настоящему Договору третьим лицам.

8. Заказчик (представитель Заказчика) обязан:

1) соблюдать сроки и условия настоящего Договора;

2) своевременно информировать Исполнителя об изменении обстоятельств, обуславливающих потребность в предоставлении Услуг;

3) информировать в письменной форме Исполнителя о возникновении (изменении) обстоятельств, влекущих изменение (расторжение) настоящего Договора;

4) уведомлять в письменной форме Исполнителя об отказе от получения Услуг, предусмотренных настоящим Договором.

9. Заказчик (представитель Заказчика) имеет право:

1) на получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах Услуг, которые будут оказаны Заказчику в соответствии с

индивидуальной программой, сроках, порядке и условиях их предоставления, о тарифах на эти Услуги, их стоимости для Заказчика;

2) потребовать расторжения настоящего Договора при нарушении Исполнителем условий настоящего Договора.

3. Стоимость Услуг, сроки и порядок их оплаты

10. Услуги, предусмотренные настоящим Договором, являются безвозмездными.

4. Основания изменения и расторжения Договора

11. Условия, на которых заключен настоящий Договор, могут быть изменены либо по соглашению Сторон, либо в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон. По инициативе одной из Сторон настоящий Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

13. Настоящий Договор считается расторгнутым со дня письменного уведомления Исполнителем Заказчика об отказе от исполнения настоящего Договора, если иные сроки не установлены настоящим Договором.

5. Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору

14. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия Договора и другие условия

15. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами (если иное не указано в Договоре) и действует до _____.
(указать срок)

16. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

7. Адрес (место нахождения, место жительства), реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель Полное наименование исполнителя Адрес (место нахождения) исполнителя ИНН исполнителя Банковские реквизиты исполнителя Должность руководителя исполнителя	Заказчик Фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика Данные документа, удостоверяющего личность Заказчика Адрес места жительства Заказчика Банковские реквизиты Заказчика (при наличии) Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя Заказчика Данные документа, удостоверяющего личность, представителя Заказчика Адрес места жительства представителя Заказчика
_____ / _____ (Фамилия, инициалы) (личная подпись)	_____ / _____ (Фамилия, инициалы) (личная подпись)
М.П.	

Приложение № 5
к Порядку организации
сопровождаемого проживания
инвалидов в Томской области

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 (последнее - 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)

Приложение № 6
к Порядку организации
сопровождаемого проживания
инвалидов в Томской области

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 (последнее - при наличии) представителя,
наименование государственного органа, органа местного
самоуправления, общественного объединения, представляющих
интересы инвалида)

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

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

Заявление

о восстановлении предоставления услуг сопровождаемого проживания инвалида

Прошу восстановить предоставление услуг сопровождаемого проживания,
оказываемые поставщиком (поставщиками) социальных услуг _____

_____ указывает поставщик (поставщики) социальных услуг

с « ____ » _____ 20__ года.

Предоставление услуг сопровождаемого проживания было приостановлено с
« ____ » _____ 20__ года в связи с _____

Дата заявления « ____ » _____ 20__ года
