

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства соціальної
політики України
14.07.2016 № 762

КАРТА
визначення індивідуальних потреб отримувача соціальних послуг

_____ (найменування територіального центру соціального
обслуговування (надання соціальних послуг))

_____ (дата заповнення)

I. Відомості про отримувача соціальних послуг

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата народження _____

Місце проживання/перебування (адреса):

Телефон _____

Категорія:

- особа похилого віку
 особа з інвалідністю (вказати групу) _____
 хворий
 інша (вказати, яка) _____

II. Матеріальний стан

(заповнюється за згодою отримувача соціальних послуг (далі – отримувач))

Види доходів (пенсія, державна соціальна допомога, інші джерела)	Розміри доходів
<input type="checkbox"/> Пенсія за віком	
<input type="checkbox"/> Пенсія по інвалідності	
<input type="checkbox"/> Державна соціальна допомога на догляд за інвалідом або дитиною-інвалідом	
<input type="checkbox"/> Пенсія у зв'язку з втратою годувальника	
<input type="checkbox"/> Допомога по тимчасовій непрацездатності	
<input type="checkbox"/> Допомога по безробіттю	
<input type="checkbox"/> Інше (вказати)	

Наявність додаткових доходів (вказати) (зі слів отримувача) _____

Сукупний дохід за місяць (зі слів отримувача) _____

Середньомісячний сукупний дохід (зі слів отримувача) _____

III. Сім'я та оточення

Сімейний стан:

- одружений(а); неодружений(а);
 удівець/удова; розлучений(а)

Наявність працездатних рідних або осіб, які відповідно до законодавства повинні забезпечити отримувачеві догляд і допомогу (вказати) _____

(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання/перебування)

Можливість скористатися допомогою рідних, сусідів, друзів:

- допомога рідних (у чому можуть допомогти) _____
 друзі (у чому можуть допомогти) _____
 сусіди (у чому можуть допомогти) _____

IV. Соціальне функціонування

Навички до самообслуговування

Можливості отримувача	Без допомоги		Чи надається отримувачеві допомога		Якщо так, то чи є достатньою ця допомога	
	Так	Ні	Так	Ні	Так	Ні
1. Пересування у приміщенні						
2. Пересування за межами будинку						
3. Користування громадським транспортом						
4. Здатність до самообслуговування						
купання						
одягання						
прання						
читання						
здійснення покупок						
приготування їжі						
харчування						
користування телефоном						
прибирання						
інше (вказати)						

Відповідно до шкали оцінки елементарних дій визначено _____ балів.

Відповідно до шкали оцінки складних дій визначено _____ балів.

Ступінь індивідуальної потреби отримувача – _____.

Потреба в реабілітаційному обладнанні / допоміжних засобах

Назва обладнання пристроїв, засобів	Використовується	Потребує ремонту, заміни	Потребує, але не має
<input type="checkbox"/> Палиця			
<input type="checkbox"/> Ходунки			
<input type="checkbox"/> Милиці			
<input type="checkbox"/> Інвалідне крісло колісне			
<input type="checkbox"/> Протез			
<input type="checkbox"/> Памперси			
<input type="checkbox"/> Меблі для сидіння			
<input type="checkbox"/> Лікарняне ліжко			
<input type="checkbox"/> Допоміжні засоби для особистої гігієни (крісла-стілці, сидіння на унітаз тощо)			
<input type="checkbox"/> Інше (вказати)			

Потреби в наданні соціальних послуг

Найменування соціальних послуг	Рекомендації	Безоплатно	На платній основі	Із встановленням диференційованої плати
<input type="checkbox"/> Догляд вдома				
<input type="checkbox"/> Догляд стаціонарний				
<input type="checkbox"/> Денний догляд				
<input type="checkbox"/> Паліативний/ хоспісний догляд				
<input type="checkbox"/> Послуга соціальної адаптації				
<input type="checkbox"/> Консультування				
<input type="checkbox"/> Представництво інтересів				
<input type="checkbox"/> Соціальна профілактика				
<input type="checkbox"/> Посередництво (медіація)				
<input type="checkbox"/> Соціально-економічні				
<input type="checkbox"/> Транспортні				
<input type="checkbox"/> Інші (вказати)				

V. Висновки

Відповідно до ступеня індивідуальної потреби отримувача встановлено групу рухової активності (необхідне підкреслити):

- I група;
- II група;
- III група;
- IV група;
- V група.

Підпис соціального працівника, який визначав індивідуальні потреби

_____ (прізвище, ініціали)

Підпис директора територіального центру _____

_____ (прізвище, ініціали)

Примітка. Карта визначення індивідуальних потреб отримувача соціальних послуг заповнюється на підставі даних опитування, спостереження, ступеня індивідуальної потреби отримувача та аналізу документів (медичного висновку про здатність до самообслуговування, довідки про склад сім'ї, довідки про доходи (за наявності) тощо).

**Начальник Управління у справах
людей похилого віку
та надання соціальних послуг**

О. Суліма