**ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

на оказание услуг по тиражированию печатной продукции

1. Наименование объекта закупки: оказание услуг по тиражированию печатной продукции

2. Требования к качеству оказываемых услуг: все применяемые при оказании услуг материалы должны новыми, надлежащего качества.

**а) Приложение №1**

 **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**О выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг**

а) количество - 950 шт.;

б) плотность бумаги не менее 80 г/кв.м., формат – А4; цвет бумаги белый;

в) печать односторонняя.

Изготовить по образцу Заказчика Заключение приложение№1 течение 7 календарных дней с момента заключения договора.

**б) Приложение№2**

 **Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

а) количество - 950 шт.;

б) плотность бумаги не менее 80 г/кв.м., формат – А4; цвет бумаги белый;

в) печать двусторонняя.

Изготовить по образцу Заказчика индивидуальную программу приложение №2 течение 7 календарных дней с момента заключения договора.

**Приложение №1**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**О выполнении индивидуальной программы предоставления социальных услуг** от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

программа реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть)

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-бытовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-медицинских социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-психологических социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-правовых социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий по социальному сопровождению: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заместитель начальника

Советского управления

социальной защиты населения

Администрации города Челябинска \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Нифонтова

 (подпись)

МП «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

***Администрция города Челябинска***

***Советское УПравление социальной защиты населения***

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата составления)

1. Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол:\_\_\_\_\_\_\_ 3. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Адрес места жительства:

почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ город (район): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

село: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица: дом №:\_\_\_\_\_\_\_\_

корпус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира:\_\_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Адрес места работы:

неработающий пенсионер

6. Серия, номер паспорта, дата выдача, наименование выдавшего органа:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Контактный е-mail (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Индивидуальная программа предоставления социальных услуг разработана: впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до: 01.07.2018 года

9. Форма (формы) социального обслуживания: социальное обслуживание на дому.

10. Виды социальных услуг:

I. Социально-бытовые:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование** **социально-бытовой услуги и формы социального обслуживания** | **Объём предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1.1.1.1.2.1.3. | Покупка за счёт средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств ухода, книг, газет, журналов в форме социального обслуживания на домупокупка за счёт средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питанияпокупка за счёт средств получателя социальных услуг и доставка на дом промышленных товаров первой необходимости, средств санитарии и гигиены, средств уходапокупка за счёт средств получателя социальных услуг и доставка на дом книг, газет, журналов | приобретение за счёт средств получателя социальных услуг и доставка продуктов (горячих обедов), промышленных товаров, средств ухода, книг, журналов, лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения | 3 раза в неделю | сроки соответствуют периоду социального обслуживания на дому, предусмотренному договором о предоставлении социальных услуг |  |
| 2. | Оплата за счёт средств получателя жилищно-коммунальных услуг и услуг связи в форме социального обслуживания на дому | передача показаний приборов учета коммунальных услуг, оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг и услуг связи в соответствии с квитанциями | по необходи-мости | сроки соответствуют периоду социального обслуживания на дому, предусмотренному договором о предоставлении социальных услуг |  |

II. Социально-медицинские

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование** **социально-медицинской услуги и формы социального обслуживания** | **Объём предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг в форме социального обслуживания на дому | измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приёмом лекарств, приобретение за счёт средств получателя услуг лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения по назначению врача | по необходи-мости | сроки соответствуют периоду социального обслуживания на дому, предусмотренному договором о предоставлении социальных услуг |  |

III. Социально-психологические

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование** **социально-психологической услуги и формы социального обслуживания** | **Объём предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Психологическая помощь и поддержка в форме социального обслуживания на дому | проведение консультацийпсихологом организации,предоставляющей социальные услуги | по необходи-мости | сроки соответствуют периоду социального обслуживания на дому, предусмотренному договором о предоставлении социальных услуг |  |

IV. Социально-правовые

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование** **социально-правовой услуги и формы социального обслуживания** | **Объём предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
| 1. | Консультирование по социально-правовым вопросам в форме социального обслуживания на дому | предоставление услуг по юридическому консультированию по вопросам связанным с предоставлением социальных услуг и мер социальной поддержки | по необходи-мости | сроки соответствуют периоду социального обслуживания на дому, предусмотренному договором о предоставлении социальных услуг |  |

V.Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование** **социально-правовой услуги и формы социального обслуживания** | **Объём предоставления услуги** | **Периодичность предоставления услуги** | **Срок предоставления услуги** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |  |  |  |

11. Условия предоставления социальных услуг: в соответствии с Порядком предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, утвержденного 21.10.2015г. № 546-П.

12. Перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование поставщика социальных услуг** | **Адрес места нахождения поставщика социальных услуг** | **Контактная информация поставщика социальных услуг (телефоны, е-mail и т.п.)**  |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Советскому району города Челябинска» | 454091, город Челябинск, ул. Плеханова, 43б | 261-84-49, 261-85-78mukcsonsov@mail.ru |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Калининскому району города Челябинска» | 454084, город Челябинск, ул. Каслинская, 25 | 791-59-62zentr2515@yandex.ru |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Курчатовскому району города Челябинска» | 454106, город Челябинск, ул. Овстровского, 30 | 225-23-62Kcson74@yandex.ru |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Ленинскому району города Челябинска» | 454135, город Челябинск, ул. Трубников, 59 | 253-68-84; 253-38-52kcsonlen@mail.ru |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Металлургическому району города Челябинска» | 454047, город Челябинск, ул. Коммунистическая, 8а | 735-68-48KCSON@chel-net.ru |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Тракторозаводскому району города Челябинска» | 454007, город Челябинск, ул. 1-й Пятилетки, 43 | 775-34-04sotstrak@is74.ru |
| МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения по Центральному району города Челябинска» | 454091, город Челябинск, ул. Лесопарковая, 13 | 265-65-43socobs@eandex.ru |

13. Отказ от социального обслуживания, социальной услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование формы социального обслуживания, вида социальных услуг, социальной услуги от которых отказывается получатель социальных услуг** | **Причина отказа** | **Дата отказа** | **Подпись получателя социальных услуг** |
|  |  |  |  |

14. Мероприятия по социальному сопровождению:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид социального** **сопровождения** | **Получатель социального сопровождения** | **Отметка о выполнении** |
|  |  |  |

С содержанием Индивидуальной программы предоставления социальных услуг

согласен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись получателя социальных услуг или его законного представителя, расшифровка подписи)

Заместитель начальника

Советского управления

социальной защиты населения

Администрации города Челябинска \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Нифонтова

 (подпись)

2-й экземпляр договора получен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_