Приложение №5

к Положению о порядке и условиях предоставления социальных услуг в ГБУСО Псковской области «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

**Акт сдачи-приемки оказанных социальных услуг по договору№ \_\_**

**о предоставлении социальных услуг, социального сопровождения от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

**Индивидуальная программа предоставления социальных услуг №\_\_\_\_\_ от\_\_ \_\_\_\_\_\_20\_\_ г.**

г. Великие Луки «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Псковской области «Реабилитационный центр для детей и подростков» в лице директора Слотиной М.Н., действующей на основании Устава с одной стороны, и

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина),*

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование и реквизиты паспорта или иногодокумента, удостоверяющего личность)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*( указывается адрес места жительства)*

в лице[[1]](#footnote-2)отца /матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя Заказчика)*

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

документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование и реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личностью)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, *(указывается адрес места жительства)*

заключили настоящий Акт о нижеследующем:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Вид предоставленной социальной услуги  / мероприятия по социальному сопровождению | Сроки предоставления социальной услуги/ мероприятия по социальному сопровождению |
| 1 | Социально-бытовые |  |
| 2 | Социально-медицинские |  |
| 3 | Социально-психологические |  |
| 4 | Социально-педагогические |  |
| 5 | Социально-трудовые |  |
| 6 | Социально-правовые |  |
| 7 | Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала |  |
| 8 | Мероприятия по социальному сопровождению |  |

Вышеперечисленные социальные услуги предоставлены в полном объеме.

Получатель социальных услуг претензий к Поставщику не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Поставщик социальных услуг** | **Получатель социальных услуг** |
| Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Псковской области «Реабилитационный центр для детей и подростков» | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.Н.Слотина | (подпись) |

1. Заполняется в случае составления акта законным представителем гражданина, признанного нуждающимся в социальном обслуживании [↑](#footnote-ref-2)