

УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБУСОН «Кавказ»
_____ У. К. Датаяшева
« ____ » _____ 20 ____ г.

АКТ
обследования условий жизнедеятельности гражданина

Дата обследования _____ 20 ____ г.

Проведение обследования жилищно-бытовых и социальных условий проживания:

(первичное, повторное)

РАЗДЕЛ 1. Общие сведения:

Фамилия, имя, отчество обследуемого гражданина:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения: _____

Адрес места жительства (регистрации): _____

(адрес места жительства, подтвержденный регистрацией по месту жительства)

Адрес фактического проживания и проведения обследования: _____

(заполняется, если адрес места фактического проживания не совпадает с адресом места жительства, подтвержденного регистрацией по месту жительства)

Номер мобильного телефона: _____

Номер домашнего телефона: _____

Социальный статус обследуемого: _____

Основание проведения обследования: _____

(указываются заявление обследуемого либо сведения, поступившие от должностных лиц организаций (медицинских и других) и иных граждан,

дата поступления заявления/сведений)

Если обследуемый самостоятельно не может рассказать о себе и показать свое жилье, то укажите родственника/иного человека, который рассказал об условиях проживания _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

либо отметьте, что есть сложности коммуникации с обследуемым: не говорит, не слышит, не понимает, слабовидящий, слепой - акт составлен без его участия (нужное подчеркнуть).

РАЗДЕЛ 2. Состояние здоровья:

Инвалидность: есть/нет, в процессе оформления (нужное подчеркнуть)

Группа инвалидности: _____

На какой срок установлена инвалидность: _____

Причина инвалидности: (если указана) _____

Примечания: _____

ИПРА (если есть) № _____ дата _____ срок действия _____

Другие документы, подтверждающие право на льготы: _____

Медицинское обслуживание: _____

(№ поликлиники (участка))

Примечание _____

Основные заболевания _____

(со слов, на основании медицинской документации)

Наличие заключения врача о рекомендациях и/или противопоказаниях при организации ухода: есть/нет (указать при наличии рекомендации врача) _____

Наличие инфекционных заболеваний в состоянии обострения (туберкулез, гепатиты, ВИЧ и другие) подтверждает/отрицает _____

РАЗДЕЛ 3. Дееспособность и материальная обеспеченность

Дееспособность: дееспособен/недееспособен/ограниченно дееспособен/по состоянию здоровья требуется признание недееспособным, иные сведения _____

Наличие опекуна/попечителя _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Ухаживающее лицо _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Среднедушевой доход: _____

(в случае отсутствия документа, подтверждающего доход, указать доход и источник дохода со слов обследуемого)

РАЗДЕЛ 4. Жилищно-бытовые условия и имущественное положение:

Описание жилья:

Местоположение жилья от продовольственных магазинов (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до 1000 м, далекое - более 1000 м) _____

магазинов промышленных товаров для ведения домашнего хозяйства (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до 1000 м, далекое - более 1000 м) _____

аптек, аптечных пунктов (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до 1000 м, далекое - более 1000 м) _____

поликлиник, медицинских организаций (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до 1000 м, далекое - более 1000 м) _____

почты (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до 1000 м, далекое - более 1000 м) _____

организации социального обслуживания (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до 1000 м, далекое - более 1000 м) _____

иных часто посещаемых организаций (религиозных организаций, учреждений культуры, библиотеки и т.д.) (близкое - до 500 м, среднее - от 500 м до

1000 м, далекое - более 1000 м) _____
остановок общественного транспорта (удобное до 300 м, среднее от 300 м до 700 м, неудобное - более 700 м) и другие условия (редкий, нерегулярный) _____

Характеристика/вид жилого помещения (нужное подчеркнуть): дом, часть дома, отдельная квартира, комната(ы) в коммунальной квартире, комната(ы) в общежитии, отсутствует жилье; количество комнат _____

Правовые основания пользования жильем (нужное подчеркнуть): собственность, договор социального найма, договор найма социального использования, договор коммерческого найма, фактическое предоставление жилья _____

Этаж _____, в доме _____ этажей, наличие лифта: имеется/не имеется (нужное подчеркнуть)

Доступ к жилью (в квартиру), (лифт в рабочем/нерабочем состоянии) (нужное подчеркнуть)

Доступ к жилью в частном секторе зимой затруднен/не затруднен (нужное подчеркнуть)

Двор в частном секторе: _____

Доступ в подъезд: дверь с ключом/кодовый замок/домофон (нужное подчеркнуть)

Пандус имеется/не имеется (нужное подчеркнуть)

Перила/поручни у лестниц, крыльца имеются/не имеются, безопасна для использования (нужное подчеркнуть)

Скамейка для отдыха возле дома имеется/не имеется, безопасна для использования (нужное подчеркнуть)

РАЗДЕЛ 5. Коммунально-бытовые удобства:

Помещение для купания (ванна, душ, баня, отсутствует) _____

Помещение для стирки белья (ванна, душ, баня, отсутствует) _____

Водоснабжение: в доме, колодец, колонка, расстояние _____ м, привозная _____

Горячая вода (централизованная/газовая колонка/отсутствует, иные сведения) _____

Автоматическая/полуавтоматическая стиральная машина работает/неисправна/отсутствует _____

Ванная/душ (в рабочем/нерабочем состоянии) _____

Отопление (центральное/автономное, иные сведения) _____

Печное отопление (вид топлива) _____

Туалет (в доме/на улице) исправен/неисправен _____

Наличие оборудования для приготовления горячей пищи (плита настольная, напольная, от газового баллона, печь) исправна/неисправна, (посуда для приготовления горячей пищи) имеется/не имеется _____

Холодильное оборудование (имеется/не имеется, исправен/неисправен, иные сведения) _____

Общее санитарное состояние жилья (плохой запах, несвежий воздух, захламленное, насекомые, влажность, наличие плесневого грибка, используется не по назначению, иные сведения) _____

Общее техническое состояние жилья (пожароопасное, аварийное (документальное подтверждение), неисправная сантехника, неисправная электропроводка, неисправная печь, ветхие окна, иные сведения) _____

Наличие рисков падений (слабое освещение, неровный/аварийный пол, наличие скользящих покрытий (ковров/половиков), высокие пороги, иные сведения) _____

Наличие специальных средств для адаптации/реабилитации в квартире и их техническое состояние (подчеркнуть и/или указать иные сведения): поручни, трость, сиденье для ванной, кресло-коляска, ходунки, специализированная кровать, противопролежневый матрас, санитарное кресло, вертикализатор, адаптированные столовые приборы, иные сведения

Наличие средств для поддержания коммуникаций и их техническое состояние (слуховой аппарат, звуковые датчики, очки, лупа для слабовидящих, световые датчики для слабослышащих/тревожная кнопка/адаптированный телефон) _____

РАЗДЕЛ 6. Наличие бытовых предметов:

Наличие предметов первой необходимости для обследуемого гражданина (подчеркнуть и (или) указать иные сведения): мебель (стулья, спальное место, шкаф, стол), второй комплект постельного белья, посуда _____

Одежда в необходимом количестве по сезонам (весенне-летний, осенне-зимний) (подчеркнуть и (или) указать иные сведения): имеется/не имеется, одежда соответствует/не соответствует размеру обследуемого _____
имеющаяся одежда в удовлетворительном/неудовлетворительном состоянии

РАЗДЕЛ 7. Наличие домашних животных:

(какие, в каком количестве) _____

Справляется ли с уходом за домашними животными (да, нет, нужна помощь) _____

Наличие (агрессивной) собаки во дворе/квартире _____

РАЗДЕЛ 8. Семейное положение

Информация о членах семьи (близких родственниках, постоянно проживающих совместно с обследуемым гражданином/отдельно, указать населенный пункт и контакты):

№ п/п	Степень родства с обследуемым	Ф.И.О. год рождения	Место работы, учебы (указывается по желанию обследуемого)	Проживание		Состояние трудоспособности, наличие детей-инвалидов или иное	Примечание
				совместно	раздельно (указать адрес проживания,		

			мого граждани- на)		телефон)		

Причины, по которым уход за гражданином со стороны близких родственников, проживающих совместно с обследуемым гражданином, осуществляться не может _____

Как осуществляется контакт членов семьи с обследуемым гражданином (лично, по телефону, через интернет, иные способы) _____

Какие виды ухода и поддержки близкие родственники оказывают регулярно (являются ли регулярным ресурсом на дату обследования)

Иные значимые социальные связи (друзья, соседи, знакомые, дальние родственники, бывшие коллеги по работе, волонтеры, общественные организации, оказывающие помощь, иные)

№ п/п	Ф.И.О. <*>	Кем приходится	Где проживает	Телефон/электронная почта <*>	Примечание

<*> Сведения о персональных данных предоставляются при согласии этих лиц.

Как осуществляется контакт (лично, посредством встреч, по телефону, посредством переписки, через интернет, иные сведения) _____

Какие виды ухода и поддержки оказывают регулярно (являются ли регулярным ресурсом на дату обследования) _____

РАЗДЕЛ 9.

Исследование риска «социальной изоляции» (достаточно ли у него контактов, как сам оценивает отношения, нуждается в регулярном общении, иные сведения) _____

РАЗДЕЛ 10. Разъяснения о формах социального обслуживания и технологиях социального обслуживания:

в форме социального обслуживания на дому;

в стационарной форме социального обслуживания;

в полустационарной форме социального обслуживания (группа дневного пребывания);

на дому по технологии «Сопровождаемое проживание»;

на дому по технологии «Социальная передышка»;

комплексное обслуживание: группа дневного пребывания/обслуживание на дому;

школа родственного ухода.

Перечисляются все формы социального обслуживания, их сочетания, технологии, реализуемые в учреждении _____

РАЗДЕЛ 11. Потребность в обучении родственников навыкам ухода: (нужное подчеркнуть) имеется/не имеется

РАЗДЕЛ 12. Дополнительные сведения:

С актом ознакомлен(а) _____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

Должность, Ф.И.О. специалиста(ов), проводившего(их) обследование:

_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)

_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)

_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)