Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Республики Северная Осетия – Алания «Центр дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в г. Владикавказ»

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Директор** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **М.К. Хетагурова**

**«**\_\_\_\_\_**»** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**201\_\_** **г.**

**АКТ**

**материально-бытового обследования условий жизнедеятельности гражданина**

**(получателя социальных услуг)**

|  |
| --- |
| Ф.И.О. |
| Дата рождения, паспортные данные Серия № выдан |
|  |
| СНиЛС |
| Адрес, телефон регистрации |
|  |
| Адрес, телефон фактического проживания |
|  |
| Вид пенсии, № п/у, размер пенсии |
|  |
| Категории |
|  |
|  |
| Пользуется мерами социальной поддержки, как |
| Наличие автотранспорта, подсобного хозяйства, хозяйственных построек и т.д. |
|  |
| Другие источники доходов |
| Образование |
| Профессия |
| Последнее место работы |
| Дата выхода на пенсию |
| Состояние здоровья |
|  |
|  |
|  |
| Может ли обслуживать себя полностью, частично, лежачий (нужное подчеркнуть) |
| Лечебно-профилактическое учреждение, в котором обслуживается: **ГБУЗ «Поликлиника № «\_\_»** |
| Ф.И.О. участкового врача |
| Характеристика жилищно-бытовых условий |
|  |
|  |
|  |

Сведения о родственниках, проживающих совместно:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. членов семьи | Год рождения | Паспорт | Степень  родства | Место работы, учебы | Размер дохода |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Близкие родственники, обязанные содержать по закону |
|  |
|  |
|  |
| Морально-психологический климат в семье |
|  |
|  |
| Помощь, в которой нуждается |
|  |
|  |
|  |
| Дополнительная информация |
|  |
|  |
|  |
|  |

**С актом обследования ознакомлен,**

**согласен на использование информации в моих интересах**

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. работников, составивших акт:

1. Заведующая отделением Кумехова М.М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

2. Специалист по социальной работе Габанова Л.Н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Дата составления акта обследования «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

|  |
| --- |
| Заключение заведующего отделением |
|  |
|  |
|  |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. Кумехова М.М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись