

## **ПОЛОЖЕНИЕ о службе персонального помощника «Интеграционный консультант»**

### **1. Общие положения**

1.1. Служба персонального помощника «Интеграционный консультант» (далее – Служба) – это организованная форма взаимодействия инвалида, со специалистами государственных учреждений социального обслуживания Московской области, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации инвалидов, обеспечивающая условия для создания доступа к медико-социальной реабилитации, поддержания и укрепления здоровья инвалидов.

1.2. Служба создана на базе отделения социальной реабилитации Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Галдомский».

Интеграционный консультант – специалист, который помогает инвалиду, его семье, решать проблемы, возникающие в процессе жизнедеятельности, связанные с инвалидностью, выявляет проблемы конкретного инвалида, определяет пути их решения.

1.3. Клиентами Службы (далее – клиент) являются инвалиды, а также семьи, в которых имеются инвалиды.

### **2. Цели создания и задачи службы персонального помощника**

2.1. Основными целями создания службы являются:

Обеспечение координации и эффективного взаимодействия различных ведомств, участвующих в соответствии со своей компетенцией в реабилитации и социальной интеграции инвалидов, с учреждениями и организациями, оказывающие реабилитационные услуги инвалидам;

Обеспечение клиентам равного доступа к государственным услугам в сфере реабилитации, в целях достижения ими возможно полной независимости.

2.2. Служба решает следующие основные задачи:

Подготовка клиентов к правильному осознанию и пониманию проблем, возникающих в связи с инвалидностью и оказание помощи в определении пути решения проблем клиентов через государственные и иные структуры;

Информирование клиентов о порядке предоставления мер социальной поддержки и обеспечение представления интересов клиентов в органах государственной власти и иных организациях, уполномоченных на работу с инвалидами.

### **3. Организация и порядок работы персонального помощника**

3.1. Информация о клиенте, поступающая в Службу, регистрируется специалистом учреждения в день его обращения в журнале первичного учета граждан, нуждающихся в реабилитации, по форме согласно Приложению №1 к настоящему Положению.

3.2. Интеграционный консультант при получении информации о клиенте, в течении одного рабочего дня со дня ее регистрации устанавливает контакт с

клиентом, уточняет его желание взаимодействовать с персональным помощником, согласовывает время первичной консультации.

Первичная консультация осуществляется Интеграционным консультантом, по желанию клиента по месту его проживания или в учреждении. Во время первичной консультации клиент оформляет заявление в учреждение о необходимости назначения ему Интеграционного консультанта. Обсуждает с Интеграционным консультантом реабилитационные мероприятия, которые учреждение будет ему предоставлять.

3.3. Интеграционный консультант совместно с клиентом, с учетом медицинских рекомендаций, указанных в индивидуальной программе реабилитации инвалида (ИПР), формирует проект индивидуального плана интеграционных мероприятий (персональный план мероприятий по социальной реабилитации и адаптации), который утверждается руководителем учреждения.

Индивидуальный план интеграционных мероприятий (Приложение №2 к настоящему Положению), включает мероприятия по социальной реабилитации и адаптации, по психологической реабилитации, а также предусматривает сроки их реализации. Общий срок реализации индивидуального плана интеграционных мероприятий устанавливается от 3 до 12 месяцев в зависимости от количества интеграционных мероприятий и сроков их проведения.

3.4. После окончания реабилитации Интеграционный консультант оформляет заключение о выполнении индивидуального плана интеграционных мероприятий (Приложение №3 к настоящему Положению).

#### **4. Оценка социальной эффективности деятельности службы персонального помощника**

4.1. Целевым показателем эффективности деятельности службы является соотношение числа инвалидов, получивших услуги Интеграционных консультантов к общему числу инвалидов, проживающих в зоне обслуживания.

4.2. Эффективность работы службы оценивается Министерством социальной защиты населения Московской области на основании заключений реализации индивидуального плана интеграционных мероприятий.

**ЖУРНАЛ**  
первичного учета граждан, нуждающихся в реабилитации

№	Информация о клиенте			Дата, время поступления информации	Примечание
	Фамилия, имя, отчество	Адрес	Контактный телефон		

**Индивидуальный план интеграционных мероприятий**

К индивидуальной программе реабилитации инвалида № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Место жительства (по регистрации) \_\_\_\_\_
4. Место фактического проживания \_\_\_\_\_
5. Контактные телефоны \_\_\_\_\_
6. Место работы, учебы (указать) \_\_\_\_\_
7. Общее образование: не имеет, начальное общее, основное общее, среднее общее (нужное подчеркнуть)
8. Профессиональное образование: не имеет, начальное профессиональное, среднее профессиональное, высшее профессиональное (нужное подчеркнуть)
9. Основная профессия (специальность) \_\_\_\_\_
10. Группа инвалидности \_\_\_\_\_
11. Ограничения способности к: самообслуживанию, самостоятельному передвижению, общению, обучению, трудовой деятельности, ориентации, контролю за своим поведением (нужное подчеркнуть)
12. Причина инвалидности \_\_\_\_\_
13. Количество членов семьи, фактически проживающих совместно \_\_\_\_\_
14. Состав семьи (указать фамилию, имя, отчество, и степень родства):
  - а) \_\_\_\_\_
  - б) \_\_\_\_\_
  - в) \_\_\_\_\_
  - г) \_\_\_\_\_
  - д) \_\_\_\_\_
15. Количество неработающих членов семьи \_\_\_\_\_
16. Фамилия, имя, отчество лица, осуществляющего постоянно и временно (нужное подчеркнуть) уход \_\_\_\_\_
17. Контактные телефоны лица, указанного в п. 16 \_\_\_\_\_
18. Фамилия, имя, отчество законного представителя ребенка-инвалида \_\_\_\_\_
19. Контактные телефоны законного представителя ребенка-инвалида \_\_\_\_\_
20. Место прикрепления на медицинское обследование (указать наименование, адрес и контактный телефон учреждения здравоохранения) \_\_\_\_\_
21. Фамилия, имя, отчество лечащего врача \_\_\_\_\_
22. Контактные телефоны лечащего врача \_\_\_\_\_
23. Постоянно посещаемые другие организации (указать наименование, адрес, контактное лицо и его координаты) \_\_\_\_\_

24. Фамилия, имя, отчество персонального помощника (интеграционного консультанта) \_\_\_\_\_

25. Контактные телефоны персонального помощника (интеграционного консультанта) \_\_\_\_\_

26. Нуждаемость в дополнительных мероприятиях социальной реабилитации: да, нет (нужно подчеркнуть)

27. Нуждаемость в дополнительных мероприятиях социокультурной реабилитации: да, нет (нужно подчеркнуть)

28. Нуждаемость в дополнительных мероприятиях психологической реабилитации: да, нет (нужно подчеркнуть)

29. Иное \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### План мероприятий по социально-медицинской реабилитации

Мероприятия, услуги, технические средства реабилитации, необходимые для устранения причин, условий и фактов, обуславливающих инвалидность	Срок проведения	Исполнитель	Отметка о выполнении
Протезно-ортопедическая помощь _____ _____ _____			
Санаторно-курортное лечение _____ _____ _____			
Технические средства медицинской реабилитации _____ _____ _____			

### План мероприятий по социальной реабилитации

Мероприятия, услуги, технические средства реабилитации, необходимые для устранения причин, условий и фактов, обуславливающих инвалидность	Срок проведения	Исполнитель	Отметка о выполнении
Информирование и консультирование по вопросам реабилитации _____ _____ _____			
Услуги по периодичному патронажу социальным работником _____ _____ _____			

Оказание юридической помощи _____ _____ _____ _____			
Услуги по периодичному временному сопровождению для осуществления бытовой и общественной деятельности _____ _____ _____ _____			
Технические средства реабилитации для бытовой и общественной деятельности _____ _____ _____ _____			
Услуги службы «Социальное такси» _____ _____ _____ _____			
Социокультурная реабилитация _____ _____ _____ _____			

### План мероприятий по психологической реабилитации

Мероприятия, услуги, технические средства реабилитации, необходимые для устранения причин, условий и фактов, обуславливающих инвалидность	Срок проведения	Исполнитель	Отметка о выполнении
Комплексная диагностика социально-коммуникативной сферы _____ _____ _____ _____			

<p>Групповые и индивидуальные сеансы психокоррекции</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Психологическое консультирование членов семей по вопросам внутренних отношений</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			



Директору ГБУСО МО «КЦСОР  
«Талдомский» \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу:  
Московская область \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне «Интеграционного консультанта» -  
персонального помощника.

С содержанием Индивидуального плана согласен (согласна).

В соответствии с ч.1ст.6 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» я даю своё согласие на обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие на обработку вышеуказанными способами персональных данных, указанных в плане, действует до момента отзыва мной данного согласия в письменной форме, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 151-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество инвалида )

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г