ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

153012, Иваново, пер. Свободный, 4, тел. 41-05-57, тел./факс30-40-97, e-mail: info@ivszn.ivanovoobl.ru

П Р И К А З

от 15.04. 2015 г. г. Иваново № 137 - о.д.

Об утверждении форм документов при назначении государственной социальной помощи в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта

В соответствии с постановлением Правительства Ивановской области от 28.09.2011 № 337-п «Об утверждении Порядка назначения, выплаты и определения размера государственной социальной помощи, оказываемой за счет средств областного бюджета, перечня документов, подтверждающих право на ее получение, формы социального контракта и порядка проведения мониторинга оказания государственной социальной помощи на основании социального контракта» **приказываю**:

Утвердить:

форму заявления на оказание государственной социальной помощи в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта (приложение 1);

форму акта обследования материально-бытовых условий проживания малоимущей семьи (малоимущего одиноко проживающего гражданина) (приложение 2);

формы ежемесячного мониторинга оказания государственной социальной помощи в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта (приложение 3).

Начальник Департамента **М.А. Кабанова**

Согласовано:

Первый заместитель начальника Департамента Т.В. Кокорева

Начальник управления по опеке и попечительству М.А. Жукова

Начальник управления по делам семей, воспитывающих детей С.М. Воронина

Начальник юридического отдела И.Р. Каракотенко-Любимова

Приложение 1
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Ивановской области
от 15.04. 2015 № 137 -о.д.

Форма

Руководителю территориального управления
социальной защиты населения по
_____
от _____,
(Ф.И.О.)
зарегистрированного по адресу: _____
_____,
проживающего па адресу: _____
_____,
паспорт: _____
_____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)
контактный телефон _____

заявление
об оказании государственной социальной помощи в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта

Прошу оказать моей семье (мне) в составе:

_____
(степень родства, Ф.И.О., дата рождения)
_____
_____
_____

государственную социальную помощь в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта как малоимущей семье (малоимущему гражданину).

Источники дохода семьи:

	Заявитель	Ф.И.О. члена семьи	Ф.И.О. члена семьи	Ф.И.О. члена семьи
Доходы от трудовой деятельности, доходы от предпринимательской деятельности, денежное довольствие				
Государственные пенсии				
ЕДВ				
Другие выплаты социального характера (пособия, компенсации, льготы по оплате ЖКУ, стипендии и т.д.)				
Полученные алименты				

Прочие доходы (от реализации продукции личного подсобного хозяйства, сдачи жилья в наем и т.п.)				

Все совершеннолетние члены семьи дают согласие на заключение социального контракта:

1. _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)
2. _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)
3. _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)
4. _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Предупрежден(а):

- об ответственности за достоверность и полноту представленных сведений;
- о проведении проверки сведений, содержащихся в представленных документах, по месту жительства (месту пребывания).

Согласие на обработку моих персональных данных, а также согласия на обработку персональных данных членов семьи прилагаются.

Дата _____ Подпись заявителя _____

Принято документов _____ Принял _____ (подпись)

Перечень принятых документов прилагается.

Расчет пособия:

Общая сумма дохода семьи за 3 месяца	Общая сумма дохода семьи за 1 месяц	Прожиточный минимум семьи в месяц заполнения	Превышение дохода над ПМ
Дата «___» _____ 20__ Специалист, производивший расчет_____			

Приложение к заявлению
об оказании государственной социальной
помощи в виде ежемесячного социального
пособия на основании социального контракта

Форма

Руководителю территориального управления
социальной защиты населения по
_____
от _____,
(Ф.И.О.)
зарегистрированного по адресу: _____
_____,
проживающего па адресу: _____
_____,
паспорт: _____
_____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)
контактный телефон _____

согласие

Я, _____, даю согласие на обработку моих персональных данных: систематизацию, накопление, хранение, обновление и изменение) с использованием (без использования) средств автоматизации, включая их получение в письменной и устной форме у третьей стороны.

Даю согласие на обработку следующих персональных данных: год, число и месяц рождения, место рождения, домашний адрес, данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, сведения о семейном положении, месте работы и доходах в целях оформления государственной социальной помощи в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта.

Настоящее согласие выдано на период оформления государственной социальной помощи в виде в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта.

Отзыв настоящего согласия осуществляется в письменной форме посредством подачи письменного заявления.

Даю согласие на обработку пакета документов, сформированного для оформления на оказание государственной социальной помощи в виде ежемесячного социального пособия на основании социального контракта.

Дата _____ Подпись _____

Принял _____ _____
(Ф.И.О., должность специалиста) (подпись)

Приложение 2
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Ивановской области
от 15.04 2015 № 137-о.д.к.

Форма

Акт обследования
материально-бытовых условий проживания малоимущей семьи
(малоимущего одиноко проживающего гражданина)

_____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

Дата проведения обследования: «___»_____20____
Комиссия в составе:

_____, _____
Ф.И.О. должность

_____, _____

_____, _____

провела обследование материально-бытовых условий проживания малоимущей семьи (малоимущего одиноко проживающего гражданина) _____, проживающей(его) по адресу: _____

_____

По месту жительства заявителя зарегистрировано _____ чел. Фактически проживают:

№ п/п	Ф.И.О. (полностью)	Дата рождения	Степень родства	Место работы, должность (место учебы, класс)	Образование

Характеристика обследуемого жилья:
вид жилья _____

_____
(дом, квартира, комната, кирпичный, панельный, деревянный и др., в нормальном состоянии, ветхий, аварийный)
форма собственности _____
Жилищно-бытовые условия:
общая площадь _____кв. м, жилая площадь _____ кв. м, число комнат ___
Благоустройство жилища:
водопровод_____канализация_____
отопление_____
газ_____, туалет _____, ванна_____

лифт____

Визуальная оценка санитарного состояния жилища: _____

_____

_____

Наличие предметов мебели и бытовой техники, их состояние: _____

_____

_____

Условия жизни детей в семье: _____

_____

_____

(наличие отдельной комнаты, совместное проживание (указать с кем), спального места, места для игр, учебы и отдыха ребенка (детей), уровень обеспеченности необходимой оргтехникой и пр.)

Наличие подсобного хозяйства, его характеристика: _____

_____

_____

(площадь участка, особенности его использования, наличие хозяйственных построек, домашнего скота, условия его содержания)

Проблемы и трудности семьи на момент обследования: _____

_____

_____

_____

Направления предполагаемой деятельности семьи по выходу из трудной жизненной ситуации: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ожидаемый результат: _____

_____

_____

_____

Заключение членов комиссии о степени нуждаемости семьи (одиноко проживающего гражданина) (нужное подчеркнуть):

рекомендовать семью на заключение социального контракта

заключение социального контракта с семьей в настоящее время нецелесообразно

Члены комиссии:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

подпись расшифровка подписи

Приложение 3
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Ивановской области
от 15.04. 2015 № 137 -о.д.к.

Форма 1

Ежемесячный мониторинг освоения денежных средств при оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта

ТУСЗН по _____

Количество СК по состоянию на 01.01.20___ (переходящие с прошлого года), ед.	Количество человек в семьях, чел.		Объем денежных средств для завершения контрактов предыдущего года, тыс. руб.	Лимит средств на СК в 20___ году, тыс. руб.	Заключены СК в 20____ году							Объем денежных средств, освоенных по СК, тыс. руб.	Примечание
	всего	из них н/летних			Месяц	Количество вновь заключенных СК, ед.	в них количество человек в семьях, чел.		Количество СК в работе на 01.__.20_, ед.	в них количество человек в семьях, ед.			
							всего	из них н/летних		всего	из них н/летних		
					Январь								
					Февраль								
					Март								
					Апрель								
					Май								
					Июнь								
					Июль								
					Август								
					Сентябрь								
					Октябрь								
					Ноябрь								
					Декабрь								
					ИТОГО:								

Руководитель ТУСЗН _____ (подпись)

Ответственный специалист: должность_____ Ф.И.О. _____
рабочий телефон 8(493-__)_____, моб. 8-___-___-__-__

Форма 2

Ежемесячный мониторинг семей, оформивших государственную социальную помощь на основании социального контракта

ТУСЗН по _____

по состоянию на 01.___.20___

№ п/п	Ф.И.О. заявителя (полностью)	Срок контракта __.__.20__- __.__.20___	Количество месяцев по СК	Кол-во человек в семье по СК		Наличие инвалидов в семье (количество)	Основные мероприятия программы реабилитации										Результативность								
				всего	из них н/летних		Трудоустройство *да/нет*	Устройство детей в ДОУ *да/нет*	Развитие ЛПХ, тыс. руб.					Ремонт жилья, тыс. руб.	Приобретение детской мебели, тыс. руб.	Приобретение продуктов питания, тыс. руб.	Приобретение медпрепаратов для ребенка, тыс. руб.	Уровень доходов, тыс. руб.		Натуральные поступления от ЛПХ	Оказание помощи в натуральном выражении	Оказание социальных услуг	Мероприятия по преодолению трудной жизненной ситуации	Трудоустройство	Численность граждан, преодолевших трудную жизненную ситуацию	% эффективности
									Ремонт хозяйственных построек	Разведение скота и птицы	Приобретение с/ техники и инвентаря	Приобретение семян	Расширение посевных площадей					На начало	По окончанию							

Руководитель ТУСЗН _____ (подпись)

Ответственный специалист: должность_____ Ф.И.О. _____

рабочий телефон 8(493-__)_____, моб. 8-___-___-__-_