

УТВЕРЖДАЮ

Директор

ОГБУСО «КЦСОН Боханского района»



Л.А. Юрова

Приказ № 1

сентябрь 202 3 г.

**АЛГОРИТМ
ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ СВЕДЕНИЙ
ОГБУСО «КЦСОН БОХАНСКОГО РАЙОНА»
О ФАКТАХ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ
ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ – ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Настоящий Алгоритм действий при получении сведений ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» о фактах жестокого обращения в отношении пожилых людей - получателей социальных услуг (далее — Алгоритм) направлен на формирование общей последовательности действий специалистов ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» - в случае получения сведений о жестоком обращении, своевременное оказание социально-психологической, социально-правовой, социально-медицинской помощи.

Алгоритм работы включает следующие элементы:

1. Прием и регистрация сообщения о случае.

При поступлении в ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» сведений о фактах жестокого обращения от пострадавшего гражданина пожилого возраста, либо иного лица в интересах пострадавшего гражданина пожилого возраста обращение регистрируется сотрудником учреждения (заместителем председателя или секретарем Комиссии по организации и осуществлению контроля по обеспечению профилактики насилия в отношении граждан пожилого возраста) в журнале регистрации сообщений (Приложение 1).

2. Выезд сотрудников ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» на место выявления факта жестокого обращения в отношении пожилых людей – получателей услуг учреждения.

При поступлении в ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» информации о факте жестокого обращения с пожилыми гражданами Комиссия по организации и осуществлению контроля по обеспечению профилактики насилия в отношении граждан пожилого возраста с привлечением психолога отделения социального сопровождения и социальной реабилитации инвалидов незамедлительно осуществляет выезд по месту жительства гражданина пожилого возраста и составляют акт обследования условий жизнедеятельности гражданина (Приложение 2).

3. Оказание в случае необходимости возможной помощи пожилым людям, в отношении которых выявлены факты жестокого обращения.

В случае выявления фактов жестокого обращения в отношении гражданина пожилого возраста (либо подозрение на факты жестокого обращения) Комиссия по организации и осуществлению контроля по обеспечению профилактики насилия в отношении граждан пожилого возраста незамедлительно информирует о выявленном случае МО МВД России «Боханский», а в случае необходимости оказания медицинской помощи – ОГБУЗ «Боханская районная больница».

В случае необходимости специалистами ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» оказывается социально-психологическая помощь пострадавшему гражданину пожилого возраста.

Приложение 1

к Алгоритму действий при получении сведений
ОГБУСО «КЦСОН Боханского района»
о фактах жестокого обращения в отношении
пожилых людей – получателей социальных услуг

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
СООБЩЕНИЙ О ФАКТАХ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ
С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ,
ЯВЛЯЮЩИМИСЯ ПОЛУЧАТЕЛЯМИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

| № п/п | Дата поступившего сообщения | ФИО, адрес и контактные данные пострадавшего | Описание ситуации | ФИО, контактные данные гражданина, заявившего о факте жестокости обращения | Принятые меры | Подпись и ФИО сотрудника, принявшего обращение |
|----------|-----------------------------------|---|----------------------|---|------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Приложение 2

к Алгоритму действий при получении сведений
ОГБУСО «КЦСОН Боханского района»
о фактах жестокого обращения в отношении
пожилых людей – получателей социальных услуг

**АКТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРАЖДАНИНА
В ЦЕЛЯХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

«__» _____ 202__ года _____

Настоящий акт составлен специалистами областного государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения Боханского района» (ОГБУСО «КЦСОН Боханского района»)

Ф.И.О. гражданина _____

Дата рождения _____

Группа инвалидности _____ Дата освидетельствования МСЭ _____

Дата очередного освидетельствования (или бессрочно) _____

Сведения о дееспособности гражданина (дееспособен, признан судом недееспособным, ограничен в дееспособности) _____

Сведения об опекуне (попечителе) недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина (ФИО, с какого времени назначен, степень родства) _____

Адрес регистрации гражданина (указывается полный адрес регистрации гражданина)

Адрес фактического проживания гражданина (указывается полный адрес проживания, либо «проживает по месту регистрации») _____

Условия проживания гражданина (подробное описание условий проживания, в том числе указать следующую информацию: частный дом, общежитие, благоустроенная квартира, комната; вид жилищного фонда (государственный, муниципальный или частный); указать, в чьей собственности находится жилое помещение и с какого времени)

С кем проживает (одиноко проживающий(-ая) либо указать степень родства граждан, с которыми проживает) _____

Сведения о наличии родственников, не указанных выше (ФИО, возраст, степень родства, адрес проживания): _____

Обстоятельства, по которым родственники не могут осуществлять уход _____

Оценка способности к самообслуживанию и осуществлению основных видов повседневной деятельности

Карта оценки двигательной активности, в том числе с использованием ТСР

| Виды двигательной активности | Оценка |
|---|--|
| | может самостоятельно (в томсамостоятельно числе с помощью ТСР) не может |
| Передвижение в пределах жилого помещения (комнаты) | |
| Спуск и подъём по лестнице | |
| Передвижение на улице | |
| Пользование общественным транспортом | |
| Передвижение в пределах кровати | |
| Способность вставать с кровати | |
| Пользование ТСР (при показании и возможности использования) | |
| Сумма баллов | |

Дополнительные характеристики оценки двигательной активности (требуется помощь, скорость передвижения, наличие головокружений и т.д.):

Вспомогательные средства, используемые для передвижения (костыли, ходунки, трость, кресло-коляска, иные) _____

Карта оценки коммуникативной активности

| Виды коммуникаций | Оценка | |
|--|--------|--|
| Использование речи | | |
| Изъясняется при помощи альтернативных коммуникаций (заполняется в случае неиспользования речи) | | |
| Слух | | |
| Зрение | | |
| Понимание обратной речи | | |
| Проявление агрессии / аутоагрессии | | |

| | | |
|-------|--|--|
| ИТОГО | | |
|-------|--|--|

Дополнительные характеристики оценки коммуникативной активности (какими видами альтернативных коммуникаций владеет, степень утраты зрения и слуха и т.д.):

Карта оценки возможности самообслуживания

| Виды повседневной деятельности | Оценка | |
|--|----------------------|-------------------------|
| | может самостоятельно | самостоятельно не может |
| Покупка продуктов питания, промышленных товаров, лекарственных препаратов | | |
| Приготовление горячей пищи | | |
| Разогрев пищи | | |
| Приём пищи | | |
| Мытьё посуды | | |
| Мытьё холодильника | | |
| Приём лекарств | | |
| Приём ванны, душа | | |
| Стрижка ногтей | | |
| Одевание и раздевание | | |
| Стирка, включая сушку | | |
| Глажка белья | | |
| Пользование туалетом | | |
| Контроль дефекации и мочеиспускания | | |
| Уборка жилого помещения: Мытьё полов Мытьё окон Влажная уборка мебели от пыли Очистка ковров пылесосом | | |
| Возможность осуществления тяжелого физического труда (топка печи, доставка воды, ремонт квартиры и т.д.) | | |
| ИТОГО | | |

Дополнительные характеристики оценки возможности самообслуживания (скорость выполнения повседневной деятельности, все ли операции доступны, в чём есть потребность в посторонней помощи и т.д.):

Карта оценки социальной мобильности

| Виды социальной мобильности | Оценка | |
|-------------------------------------|--------|--|
| Дееспособность | | |
| Способность к оформлению документов | | |
| Общение с родственниками | | |
| Наличие внешних социальных связей | | |

| | | |
|--|--|--|
| Наличие социальной активности в общественных организациях, объединениях, дополнительная занятость и т.д. | | |
| Наличие навыков осмысленного чтения | | |
| Наличие навыков письма | | |
| Пользование телефоном | | |
| Пользование компьютером | | |
| ИТОГО | | |

Дополнительные характеристики оценки социальной мобильности (характер взаимоотношений с родственниками, социальным окружением, виды социальной активности и т.д.)_

В какой посторонней помощи нуждается гражданин

Сведения о предложенных гражданину социальных услугах

В случае отказа гражданина от предоставления социальных услуг указываются причины отказа:

Какой уход и с какого времени осуществляется за гражданином (родственники, соседи, знакомые, социальный работник в т.ч. социальные услуги)

Причины, по которым гражданину не могут быть предоставлены социальные услуги

Причины отказа гражданина от предоставляемых ранее услуг _____

Размер пенсии _____ Размер ЕДВ _____

Иные доходы _____

Дополнительные сведения

Степень утраты способности к самообслуживанию

| Сумма баллов | Степень | Направление работы | Отметка отнесения к группе |
|--------------|---------|--------------------|----------------------------|
| | | | |

| | | | |
|-------|---|--|--|
| 40-36 | 0 | Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы и поддерживающем социальном сопровождении | |
| 35-31 | 1 | Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы и социальном обслуживании на дому | |
| 30-27 | 2 | Нуждается в реализации программ активного долголетия, проведении профилактической работы, в оказании медицинских услуг, социальном обслуживании на дому в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию | |
| 26-21 | 3 | Нуждается в социальном обслуживании на дому / в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию, в социальном сопровождении и подборе доступной социальной активности, в оказании медицинских услуг | |
| 20-16 | 4 | Нуждается в социальном обслуживании на дому / в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с частичной утратой способности к самообслуживанию и передвижению, в социальном сопровождении и подборе доступной социальной активности, в оказании медицинских услуг и постоянном медицинском обслуживании, в постоянной психологической поддержке | |
| 15-0 | 5 | Нуждается в социальном обслуживании на дому / в стационарной форме обслуживания (нужное подчеркнуть) в связи с полной утратой способности к самообслуживанию, в постоянном медицинском обслуживании, в постоянной психологической поддержке | |

Рекомендуемая (-ые) формы предоставления социальных услуг (исходя из оценки условий жизнедеятельности гражданина):

| | |
|---|---|
| Предоставление социальных услуг в стационарной форме | |
| Предоставление социальных услуг в полустационарной форме | |
| Предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому | + |
| - в том числе с использованием технологии сопровождаемого совместного проживания малых групп инвалидов в жилых помещениях | |

Все сведения, изложенные в настоящем акте, представлены мною в добровольном порядке и соответствуют действительности. _____

(подпись заявителя или его представителя) (инициалы, фамилия или его представителя)

Директор ОГБУСО «КЦСОН Боханского района» _____