

Приложение № 4

Согласовано
Руководитель МРГ г. Назарово
_____ (Ф.И.О.)

Утверждено
Постановлением КДНиЗП
администрации г. Назарово
от _____ № _____

**Индивидуальная программа реабилитации семьи и детей (ИПР),
находящихся в социально опасном положении**

Семья: Ф.И.О. родителей, лиц их замещающих Ф.И.О. детей, дата рождения	_____ _____ _____
Место жительства:	_____
Основания постановки на учет:	_____
Форма реабилитации:	активный патронаж
Проблемы семьи:	_____
Соглашение о сотрудничестве в реализации ИПР от «___» _____ 2013г.	
Сроки работы с семьей	с «___» _____ 2013г. по «___» _____ 2013г.
Куратор семьи	_____

Программа мероприятий

№п/п	Мероприятия, форма проведения	Участники мероприятия	Ответственный специалист	Срок реализации	Результат реализации мероприятия
1.	2.	3.	4.	5.	6.
	Проблема: _____ Задачи: 1,2,3.._____				
1.					
2.					
3.					
	Проблема: _____ Задачи: 1,2,3.._____				
4.					

Руководитель _____ / _____ /

Участковый специалист по социальной работе (куратор) _____ / _____

Информационная карта семьи и несовершеннолетнего

ВНИМАНИЕ!

Персональная информация о семье, содержащаяся в карте, является конфиденциальной и может использоваться только для служебного пользования. За разглашение персональной информации о семье, специалисты ССР и субъектов системы профилактики несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Дата первичного социально-педагогического обследования « ____ » _____ 2013г.

Куратор семьи _____ / _____ (Ф.И.О., подпись)

Дата итогового социально-педагогического обследования « ____ » _____ 2013г.

Куратор семьи _____ / _____ (Ф.И.О., подпись)

№ п/п	Показатель	Информация о семье
1.	ФИО, дата рождения родителей (законных представителей) (несовершеннолетнего информация о родителях (законных представителях) и несовершеннолетнем)	
2.	Адрес проживания семьи (фактический); (адрес постоянной регистрации семьи)	
3.	Дата и основания постановки семьи на учет в КДНиЗП, как находящуюся в СОП, (№ и дата постановления КДНиЗП)	
4.	Санитарно – гигиеническое состояние жилья семьи	
	Результаты первичного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____

	Результаты промежуточного обследования (по результатам патронажа через 3-5 месяцев после начала реализации ИПР)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты итогового обследования (по результатам последнего патронажа)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
5.	Уровень благосостояния семьи. (указать со слов: средний совокупный доход, из чего складывается, работающие члены семьи, трудоспособные члены семьи, причины по которым трудоспособные взрослые не работают, имеющиеся (необходимые) льготы и пособия, имеется ли статус малоимущей(многодетной) и пр.)	
	Результаты первичного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты промежуточного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты итогового обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
6.	Психологическая характеристика семейной ситуации. Выявленные проблемы. (статус, тип семьи, характер семейных взаимоотношений, влияние членов семьи друг на друга и др.)	
	Результаты первичной диагностики	Подпись психолога _____ Дата заполнения _____
	Результаты итоговой диагностики (указать в какой степени выявленные проблемы устранены)	Подпись психолога _____

		Дата заполнения _____
7.	Наличие случаев (угроз) жестокого обращения в семье (по наблюдению специалиста, со слов несовершеннолетних и/или граждан) (источник информации: протокол, акт специалистов субъектов профилактики и КДНиЗП)	
	Описание случая, краткий перечень планируемых мер помощи несовершеннолетнему(семье)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Ситуация в семье после проведения реабилитационных мероприятий (результат)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
8.	Социальная адаптация семьи: способность к воспитанию несовершеннолетнего, исполнению родительских обязанностей. (по результатам социально-педагогической диагностики)	
	Результаты первичной диагностики	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты итоговой диагностики	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
Индивидуальная информация о несовершеннолетних		
№ п/п	Показатель	Информация о ребенке

1.	Ф.И.О. несовершеннолетнего	
2.	Возраст несовершеннолетнего	
3.	Условия содержания ребенка	
	Результаты первичного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты промежуточного обследования (по результатам патронажа через 3-5 месяца после начала реабилитации)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты итогового обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
4.	Внешний вид несовершеннолетнего	
	Результаты первичного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты промежуточного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты итогового обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
5.	Состояние здоровья подростка, общая информация и имеются ли особые потребности (со слов законных представителей и участкового педиатра)	

	Результаты первичного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты промежуточного обследования	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты итогового обследования	Подпись куратора _____ Дата заполнения _____
6.	Социально–правовая защищенность несовершеннолетнего	
	Результаты первичного обследования	Подпись куратора _____ Дата заполнения _____
	Результаты промежуточного обследования	Подпись куратора _____ Дата заполнения _____
	Результаты итогового обследования	Подпись куратора _____ Дата заполнения _____
7.	Трудовая занятость несовершеннолетнего	
	Выявлена необходимость в трудоустройстве и краткий перечень мероприятий с указанием ответственных специалистов субъекта профилактики	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты трудоустройства несовершеннолетнего, место работы и пр.	

		Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
8.	Психологическая характеристика несовершеннолетнего. Выявленные проблемы. (особенности характера, поведения, взаимоотношений с взрослыми и сверстниками, ресурсные особенности личности несовершеннолетнего, и пр.)	
	Результаты первичной диагностики	Подпись психолога _____ Дата заполнения _____
	Результаты промежуточной диагностики	Подпись психолога _____ Дата заполнения _____
	Результаты итоговой диагностик	Подпись психолога _____ Дата заполнения _____
9.	Наличие «отклоняющегося» поведения несовершеннолетнего (систематическое употребление ПАВ, криминальные и асоциальные проявления/ наклонности, немотивированная агрессивность и пр. (заполняется по информации, полученной от КДНиЗП, ОДН, ОУ в любой момент ее появления)	
	Первичная характеристика проблемы (указать краткий перечень мер по устранению проблемы)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____

	Результат (по окончании срока реабилитации в форме активного патронажа)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
10.	Учебная (образовательная) деятельность несовершеннолетнего	
	Образовательное учреждение (ДОУ; СОШ; НПО; СПО) ОУ №** класс** «**»; ФИО классного руководителя (воспитателя), контакты; ФИО социального педагога ОУ, контакты	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Имеющиеся проблемы образовательного и социального характера. Краткий перечень мероприятий по устранению проблем. (успеваемость, усвоение программы, частота посещений, взаимоотношения со сверстниками и пр).	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Результаты решения проблем (по информации субъектов профилактики)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
1.	Внеурочная (досуговая) деятельность несовершеннолетнего	
	Как организована досуговая занятость подростка. (Указать УДО, название секции, ф.и.о. руководителя секции(кружка), контакты)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____
	Указать краткий перечень мероприятий по организации внеурочной занятости (с Ф.И.О. ответственного специалиста одного из субъектов профилактики)	Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____

	<p>Результат проведенных мероприятий.(организована ли внеурочная занятость несовершеннолетнего, стабильность занятий на момент окончания реабилитации)</p>	<p>Подпись курирующего специалиста _____ Дата заполнения _____</p>
<p>12.</p>	<p>Выводы и рекомендации. (заполняется по окончанию периода реабилитации/ социального патронажа)</p>	
	<p>Начальный период реабилитации</p>	<p>Подпись руководителя _____ / _____ / Дата _____</p>
	<p>Результаты промежуточного периода реабилитации</p>	<p>Подпись руководителя _____ / _____ / Дата _____</p>
	<p>Итоговые результаты реабилитации (окончание прогнозного срока реабилитации)</p>	<p>Подпись руководителя _____ / _____ / Дата _____</p>