

АКТ № _____
о предоставлении срочных социальных услуг в

_____ (форма социального обслуживания)

р.п.Ардатов _____ «__» _____ 20__ года

Заказчик: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

паспорт/другой документ _____ выдан _____

(реквизиты документа, удостоверяющего личность Получателя)

проживающий по адресу: _____

(указывается адрес места жительства)

в лице* _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя Получателя)

действующего на основании _____

(основание правомочия: решение суда и др.)

паспорт № _____ выдан _____

(реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность представителя Получателя)

проживающий по адресу: _____

(указывается адрес места жительства)

Исполнитель: ГБУ «КЦСОН Ардатовского района»

составили настоящий акт о предоставлении социальных услуг:

- отделение, предоставившее услуги: _____
- условия _____ предоставления _____ услуг:

(наименование и реквизиты документа, согласно которому предоставлены социальные услуги)

| № п/п | Вид предоставленной Услуги | Дата предоставления Услуги | Объем предоставленной Услуги (описание и ед.измерения) |
|-------|--|----------------------------|--|
| 1 | Обеспечение бесплатным горячим питанием или наборами продуктов | | |
| 2 | Обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости | | |
| 3 | Содействие в получении временного жилого помещения (койка-место) | | |
| 4 | Содействие в получении юридической помощи в целях защиты прав и законных интересов получателей социальных услуг | | |
| 5 | Содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей | | |
| 6 | Иные срочные социальные услуги, в том числе: | | |
| 6.1 | -составление акта обследования материально-бытовых условий проживания клиента | | |
| 6.2 | -мониторинги, опросы, рейды, анкетирования по определению социально-экономического положения граждан, в т.ч.комиссионные | | |
| 6.3 | -социальный патронаж граждан до принятия на полустационарное обслуживание на дому | | |

Вышеперечисленные Услуги выполнены Поставщиком качественно, в полном объеме и в установленные сроки. Услуги предоставлены бесплатно. Получатель не имеет претензий к Поставщику.

Социальные услуги выполнены специалистом _____ отделения _____

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

На основании доверенности №__ от __. __.20__ г.

*заполняется в случае подписания акта законным представителем гражданина