

Приложение N 1
к Порядку
проведения оценки степени утраты
способности либо возможности
осуществлять самообслуживание,
самостоятельно передвигаться,
обеспечивать основные жизненные
потребности у граждан пожилого
возраста и инвалидов, нуждающихся
в социальном обслуживании, на
территории Новгородской области

Акт
обследования условий жизнедеятельности гражданина

I. Общие сведения

1. _____
(фамилия, имя, отчество)
2. _____
(дата рождения)
3. _____
(адрес места жительства)
4. _____
(телефон)
5. _____
(номер и серия паспорта, кем и когда выдан, код подразделения)
6. _____
(СНИЛС)

II. Сведения о родственниках и получаемой поддержке

1. Состав семьи: одиноко проживающий, одинокая супружеская пара, проживает с родственниками (другое)	
2. Сведения о членах семьи, проживающих совместно с гражданином: ФИО, возраст, социальный статус, осуществление трудовой деятельности	
3. Сведения о родственниках, не проживающих совместно с гражданином: ФИО, адрес, возраст, социальный статус, телефон	
4. Гражданин получает достаточный уход от семьи / родственников / друзей / соседей / религиозных или общественных организаций	
5. Гражданин получает ограниченный уход со стороны семьи / родственников / друзей / соседей / религиозных или общественных организаций	
6. Гражданин не получает уход со стороны семьи / родственников / друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации)	
7. Гражданин изолирован и не имеет социальной и эмоциональной поддержки	

III. Условия проживания

1. Жилищные условия: отдельная квартира / комната в коммунальной квартире / комната в общежитии / частный дом / комната гостиничного типа / снимает жилое помещение	
2. Коммунальные удобства: холодная вода, горячая вода, канализация, отопление: центральное / печное / иное	

3. Санитарно-гигиенические условия проживания: хорошие / удовлетворительные / неудовлетворительные

IV. Скрининг по шкале "Возраст не помеха"

N п/п	Вопрос	Ответы (да/нет)
1.	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (вес)	
2.	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	
3.	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	
4.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (настроение)	
5.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	
6.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	
7.	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (ходьба до 100 м / подъем на один лестничный пролет)	

Подпись гражданина:

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Подписи специалистов комплексного центра социального обслуживания населения:

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

"__" _____ 20__ года