**Додаток 1**

 до поєкту рішення

 виконавчого комітету

**Порядок здійснення контролю**

**за наданням соціальних послуг фізичними особами,**

**які надають соціальні послуги з догляду**

**на території Южненської міської територіальної громади**

Порядок здійснення контролю за наданням соціальних послуг фізичними особами, які надають соціальні послуги з догляду, розроблено відповідно до постанови Кабінету Міністрів України №859 від 23.09.2020 року «Деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі», постанови Кабінету Міністрів України №1040 від 06.10.2021 року «Деякі питання призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі» та визначає процедуру здійснення контролю за наданням соціальних послуг фізичними особами, які надають соціальні послуги з догляду.

Контроль за наданням соціальних послуг фізичними особами, які надають соціальні послуги з догляду (на непрофесійній основі або без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі) шляхом відвідування за адресою надання соціальних послуг здійснюють:

 посадові особи управління соціальної політики Южненської міської ради Одеського району Одеської області, до посадових обов’язків яких належить складання актів обстежень/фактичного місця проживання особи,

фахівці з соціальної роботи комунального закладу «Центр надання соціальних послуг Южненської міської територіальної громади Одеського району Одеської області»,

з залученням (за потреби) представників закладу охорони здоров’я,

в присутності надавача соціальної послуги та особи, яка потребує надання соціальної послуги, та/або її законного представника, не рідше одного разу протягом дванадцяти місяців, на які призначено компенсацію.

За результатами відвідування складається Акт здійсненого контролю за наданням соціальних послуг фізичними особами, які надають соціальні послуги з догляду, затвердженої форми, в якому фіксуються: факт спільного проживання надавача соціальних послуг із особою яка потребує надання соціальних послуг; періодичність надання соціальних послуг; якість надання соціальних послуг; рекомендації щодо припинення/продовження виплати компенсації згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 23.09.2020 року №859 або розірвання/продовження дії договору згідно з постановою КМУ від 06.10.2021 року №1040.

Акт складається в одному примірнику, реєструється в управлінні соціальної політики Южненської міської ради Одеського району Одеської області та підшивається до особової справи одержувача компенсації - фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду.

За результатами розгляду висновків-рекомендацій, зазначених в Акті, управління соціальної політики Южненської міської ради Одеського району Одеської області приймає рішення щодо виплати компенсації згідно з постановою КМУ від 23.09.2020 року №859 або щодо дії договору про надання соціальних послуг з догляду на професійній основі згідно з постановою КМУ від 06.10.2021 року №1040.

Виконавець Наталя МОНАСТИРСЬКА

 **Додаток 2**

 до поєкту рішення

 виконавчого комітету

**Акт № \_\_\_\_**

 **здійсненого контролю за наданням соціальних послуг фізичними особами,**

**які надають соціальні послуги з догляду**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

 (місце складання акта) (число) (місяць) (рік)

Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи, яка надає соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі / без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі (потрібне – підкреслити): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса місця проживання фізичної особи, яка надає соціальні послуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) особи, якій надаються соціальні послуги : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обстеження проведено за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особа, якій надаються соціальні послуги: проживає / не проживає разом із фізичною особою, яка надає соціальні послуги (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Соціальні послуги надаються (зазначити: щоденно, періодично тощо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Якість надання соціальних послуг (у повному обсязі/частково, за наявності - зауваження, скарги, претензії отримувача до надавача соціальної послуги ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Висновок-рекомендація щодо доцільності припинення/продовження виплати компенсації згідно з постановою КМУ від 23.09.2020 року №859 або розірвання/продовження дії договору згідно з постановою КМУ від 06.10.2021 року №1040:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З актом ознайомлений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (прізвище, ім’я, по батькові (за наявності) (підпис)
 фізичної особи, яка надає соціальні послуги)

**Акт складено в одному примірнику.**

Підписи осіб, якими складено Акт:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (посада) (підпис) (прізвище, ініціали)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (посада) (підпис) (прізвище, ініціали)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (посада) (підпис) (прізвище, ініціали)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (посада) (підпис) (прізвище, ініціали)

Виконавець Наталя МОНАСТИРСЬКА