

ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ
по социальной реабилитации и абилитации инвалида

Дата составления _____ г. № _____

Ф.И.О. инвалида _____

Наименование мероприятия	Наименование социальной услуги в соответствии с Перечнем социальных услуг	Исполнитель мероприятия	Дата исполнения мероприятия
Социально-средовая реабилитация и абилитация			
Информирование и консультирование по вопросам социально-средовой реабилитации			
Социально-психологическая реабилитация и абилитация			
Консультирование по вопросам социально-психологической реабилитации			
Социокультурная реабилитация и абилитация			
Консультирование и обучение навыкам проведения досуга, отдыха, формирование культурно-прикладных навыков и интересов			
Социально-бытовая адаптация			
Консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптации жилья к нуждам инвалида			

С перечнем мероприятий согласен (на)

Ф.И.О. инвалида или законного представителя

подпись

Перечень мероприятий получил(а) _____
дата

Директор ГБУ «КЦСОН Шатковского района» _____

М.П.