

**Акт контрольной проверки
полноты и качества социальных услуг, оказываемых социальным работником**

Нами: _____
(фамилия, имя, отчество социального работника)

(должность, фамилия, имя, отчество лица, проводившего проверку)

в целях определения полноты и качества предоставляемых социальных услуг проведена проверка ведения учетной и отчетной документации, а также полноты и качества социальных услуг оказываемых _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения подопечного)

Льготная категория _____
(инвалид, участник или ветеран ВОВ, ветеран боевых действий, инвалид и т.д.)

Для определения степени удовлетворенности, полноты и качества оказываемых социальных услуг подопечному были заданы следующие вопросы:

1. Как часто Вас посещает социальный работник?
☐ 1 раз в неделю ☐ 3 раза в неделю ☐ ежедневно
☐ 2 раза в неделю ☐ 5 раз в неделю ☐ другое _____ (указать)
2. Соблюдает ли социальный работник график посещения? ☐ да ☐ нет
3. Устраивает ли Вас периодичность посещения социальным работником?
☐ да ☐ нет, укажите причину _____
4. Сколько времени затрачивает социальный работник на одно посещение?
☐ менее 1 часа ☐ от 2 до 3 часов ☐ от 4 до 5 часов
☐ от 1 до 2 часов ☐ от 3 до 4 часов ☐ другое _____ (указать)
5. Имеется ли у Вас на руках экземпляр договора о предоставлении социальных услуг?
☐ да ☐ нет, укажите причину _____
6. Ознакомлены ли Вы с тарифами на оказываемые социальные услуги? ☐ да ☐ нет
7. На каких условиях Вам оказываются гарантированные услуги?
☐ бесплатно ☐ на условиях частичной оплаты ☐ на условиях полной оплаты
8. Все ли социальные услуги, необходимые Вам, перечисленные в индивидуальной программе предоставления социальных услуг, Вам оказываются? ☐ да ☐ нет
9. Все ли социальные услуги, указанные в дневнике социального работника, Вам оказаны?
☐ да ☐ нет
10. Предоставляется ли Вам полный отчет (кассовые чеки) о совершаемых покупках?
☐ да ☐ нет
11. Предоставляется ли Вам на подпись, перед оплатой за оказанные услуги, Акт выполненных работ? ☐ да ☐ нет
12. Доводится ли до Вас информация по вопросам социального и пенсионного обеспечения?
☐ да ☐ нет
13. Нуждаетесь ли Вы в дополнительных (не оказываемых организацией) услугах?
☐ да, укажите в каких? _____

☐ нет
14. Удовлетворены ли Вы качеством социального обслуживания на дому?
☐ да ☐ нет, укажите причину _____
15. Ваша оценка деятельности социального работника:
☐ удовлетворительно ☐ не удовлетворительно
16. Ваши предложения по улучшению социального обслуживания:

С моих слов записано верно _____ «__»____ 20__ г.
(подпись опрашиваемого) (расшифровка подписи)

В ходе беседы с подопечным также было установлено _____

Также мною были проверены отчетная документация и дневник социального работника по обслуживанию _____. В результате проверки были выявлены следующие недостатки:

**Выводы по результатам проверки
с указанием сроков устранения замечаний**

«__»____ 20__ г.

(подпись лица, проводившего проверку)

(расшифровка подписи)

«__»____ 20__ г.

(подпись лица, проводившего проверку)

(расшифровка подписи)

«__»____ 20__ г.

(подпись социального работника)

(расшифровка подписи)

Информация о полноте устранения замечаний по результатам проверки

«__»____ 20__ г.

(подпись лица, проводившего проверку)

(расшифровка подписи)