

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о выполнении индивидуальной программы социальной реабилитации

от _____ номер _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг
реализована полностью (не полностью) (нужное подчеркнуть).

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-бытовых социальных услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-медицинских социальных услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-психологических социальных услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-педагогических социальных услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-трудовых социальных услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления социально-правовых социальных услуг: _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления услуг в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов _____

Оценка результатов реализации индивидуальной программы предоставления мероприятий по социальному сопровождению: _____

Примечание: Оценка результатов указывается на основании анализа реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг, применительно к улучшению условий жизнедеятельности и (или) расширению возможностей получателя социальных услуг самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Рекомендации: _____

(подпись лица, уполномоченного на подписание индивидуальной программы социальной реабилитации)

(расшифровка подписи)

МП

" ____ " _____ 20 ____ г.

