Утверждено

приказом директора

МКУ КЦСОН

№ 85 от «29»декабря 2015 г

**АКТ №**

**проверки качества предоставления социальных услуг на дому**

Дата составления «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата посещения получателя услуг |  |
| Состав комиссии | Заместитель директора  Юрисконсульт  Заведующий отделением |
| Ф.И.О. подопечного, дата рождения |  |
| Адрес подопечного |  |
| Ф.И.О. социального работника |  |
| Ф.И.О. заведующего отделением |  |
| Дата зачисления на обслуживание, условия обслуживания |  |
| Величина среднедушевого дохода, категория |  |
| Регулярность посещения подопечного |  |
| Объем услуг:  - гарантированные  - дополнительные |  |
| Качество обслуживания |  |
| Последняя дата посещения заведующим отделения |  |
| Нуждается ли в обслуживании |  |
| Примечания |  |

Председатель комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.Г. Смирнова

Члены комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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