



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030440906352115

№ 04-285/ო

25 / სექტემბერი / 2015 წ.

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2015 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 მარტის N138 დადგენილებით დამტკიცებული „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის“ ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით გამოსაყენებელი ფორმების დამტკიცების და ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 მარტის N138 დადგენილებით დამტკიცებული „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2015 წლის სახელმწიფო პროგრამის“ „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის“ ქვეპროგრამის (დანართი N1.13) და ამავე ქვეპროგრამის ფარგლებში გასატარებელი რეგიონის მიწისძვრების მოწესრიგების მიზნით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 მარტის N138 დადგენილებით (შემდგომში - დადგენილება) დამტკიცებული „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის“ (დანართი N1.13) (შემდგომში - ქვეპროგრამა) ადმინისტრირების მიზნით გამოსაყენებელი ფორმები:

- ა) „ინდივიდუალური მომსახურების გეგმის“ თანდართული ფორმა (დანართი N1);
- ბ) „ინფორმაცია მამიებელთა შესახებ“ თანდართული ფორმა (დანართი N2);
- გ) „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N3);
- დ) „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ (დანართი N4);
- ე) „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების საფუძვლის შესახებ“ (დანართი N5).

2. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა (დანართი N1) წარმოადგენს ქვეპროგრამის მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული მამიებლის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის საფუძველს. იგი ივსება მომსახურების მიმწოდებლის მიერ შესაბამის სპეციალისტთა ინტერდისციპლინური გუნდის და ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის/უფლებამოსილი პირის (შემდგომში „კანონიერი წარმომადგენლის“) ჩართულობით და შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად წარედგინება სააგენტოს ცენტრალურ აპარატს ან შესაბამის ტერიტორიულ

ერთეულს (შემდგომში - „სააგენტოს“) ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის მიერ მიმწოდებლისათვის მიმართვისა და ყველა მოთხოვნილი დოკუმენტის ჩაბარებიდან არაუგვიანეს 10 სამუშაო დღის ვადაში. ბენეფიციარისთვის დაგეგმილ ღონისძიებათა კორექტირების შემთხვევაში, კეთდება შესაბამისი აღნიშვნები ინდივიდუალური მომსახურების გეგმაში და ამ კორექტირების განხორციელებიდან არაუგვიანეს 10 სამუშაო დღის ვადაში წარედგინება სააგენტოს აღნიშნული ფორმა და შესაბამისი დოკუმენტაცია ინახება მიმწოდებელთან მომსახურების დამთავრებიდან არანაკლებ 6 წლის განმავლობაში. აღნიშნული ფორმის შევსება არ ათავისუფლებს მომსახურების მიმწოდებელს კანონმდებლობით სავალდებულო და/ან მისთვის მისაღები სხვა დოკუმენტების წარმოების ვალდებულებისგან.

3. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია მაძიებელთა შესახებ“ თანდართული ფორმა (დანართი N2) წარმოადგენს ნაერთ ცხრილს, რომელიც შესაბამის წერილობით მიმართვასთან და „ინდივიდუალური მომსახურების გეგმასთან“ (დანართი N1) ერთად მიეწოდება სააგენტოს, როგორც დოკუმენტური ასევე ელექტრონული სახით. აღნიშნული ფორმის მიხედვით ხდება მაძიებელთა/ბენეფიციართა ელექტრონული ბაზის შედგენა.

4. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N3) გამოიყენება ქვეპროგრამის მე-4 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, ივსება სრულყოფილად ორ ეგზემპლარად მომსახურების შესაბამისი თვის დასრულების შემდეგ და წარმოადგენს მომსახურების ანაზღაურების მოთხოვნის აუცილებელ დოკუმენტს. ერთი ეგზემპლარი შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად წარედგინება სააგენტოს არაუგვიანეს მომსახურების გაწევის თვის შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით, ხოლო მეორე ეგზემპლარი ინახება მიმწოდებელთან არანაკლებ სახელმწიფო პროგრამის მოქმედების პერიოდის შემდგომი ექვსი წლის განმავლობაში.

5. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ (დანართი N4) გამოიყენება ქვეპროგრამის მე-3 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად და წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელიც ივსება სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის მიერ ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების დროს; სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული პრიორიტეტების და ლიმიტების შესაბამისად ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ხდება ყოველი თვის 5 რიცხვამდე და დაუყოვნებლივ ეგზავნება მომსახურების მიმწოდებელს, რის შემდეგაც, მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ხდება ბენეფიციარის ინფორმირება.

6. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების საფუძვლის შესახებ“ (დანართი N5) გამოიყენება ქვეპროგრამის მე-4 მუხლის მე-6 და მე-7 პუნქტების შესაბამისად, ივსება მიმწოდებლის მიერ შემთხვევის დადგომისთანავე და შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად წარედგინება სააგენტოს. აღნიშნული დოკუმენტის საფუძველზე ხდება ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების გაუქმება. აღნიშნული შეზღუდვის, ისევე როგორც პროგრამაში მონაწილეობის სხვა პარამეტრებისა და ინდივიდუალური მომსახურების გეგმის შესახებ, ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენელი ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ.

7. სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობის და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის უფროსს (უფროსის მოვალეობის შემსრულებელს) მიენიჭოს უფლებამოსილება სააგენტოს სახელით, მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, მიიღოს გადაწყვეტილება მაძიებლის/ბენეფიციარის „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამაში“ ჩართვის და/ან ამორიცხვის (ვაუჩერის გაუქმება) შესახებ.

8. სააგენტოს ტერიტორიულმა ერთეულებმა უზრუნველყონ:

ა) მათთან წარდგენილი ინფორმაციის დაუყოვნებელი გადაგზავნა სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში, ელექტრონული ფორმით დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული სისტემის (დეს) საშუალებით;

ბ) წარმოდგენილი დოკუმენტაციის პირველი პირების დაცულობა, არანაკლებ სახელმწიფო პროგრამის მოქმედების პერიოდის შემდგომი ექვსი წლის განმავლობაში.

9. სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის სოციალური პროგრამების სამმართველომ (მ. ბუჩუკური) უზრუნველყონ:

ა) მომსახურების მიმწოდებელ პირთა ინფორმირება ამ ბრძანების პირველი პუნქტით დამტკიცებული ფორმების და წარმოსადგენი ინფორმაციების თაობაზე;

ბ) სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულებისათვის საჭირო ინფორმაციისა და განმარტებების მიწოდება ამ ბრძანებასთან და „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის“ ადმინისტრირებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებზე.

10. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე) უზრუნველყოს დადგენილების, აღნიშნული ბრძანებისა და ამავე ბრძანებით დამტკიცებული ფორმების განთავსება სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე

(ssa.gov.ge).

11. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

თენგიზ აბაზაძე

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized Georgian letters. The signature is written in a cursive style with a prominent horizontal stroke at the end.

ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა (იმგ) N

ორგანიზაციის დასახელება: -----

შეცხვის თარიღი: _____

1. ბავშვთან დაკავშირებული ინფორმაცია

ბავშვის გვარი, სახელი	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> -----
პირადი ნომერი	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
სქესი	<input type="checkbox"/> მამრობითი <input type="checkbox"/> მდედრობითი
დაბადების თარიღი (დღე/ თვე / წელი)	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---
მისამართი ფაქტიური (რეგიონი, ქალაქი)	
მისამართი ფაქტიური (რაიონი, დასახლება, ქუჩა, ნომერი)	
მშობლის (კანონიერი წარმომადგენლის) სახელი, გვარი, პ/ნ	
საკონტაქტო ტელეფონი	
ელექტრონული მისამართი (არსებობის შემთხვევაში)	
განცხადების წარდგენის თარიღი (დღე/ თვე / წელი)	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---
დიაგნოზი (ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა N-IV-50/2 – ის მიხედვით)	
შშმ ბავშვის სტატუსი (გადამოწმების თარიღი არსებობის შემთხვევაში)	<input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---
„შშმ ბავშვის სტატუსის დადგენის წესის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 17 მარტის N62 ბრძანების მე-17 მუხლის შესაბამისად აქვს თუ არა განსაზღვრული სხვა პირის საჭიროება	<input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი
შესაძლებელია დღის ცენტრის მომსახურებაში ჩართვა	<input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი
სხვა პრიორიტეტი	<input type="checkbox"/> რეინტეგრაციის შეწყობის მიმდები ოჯახის ბავშვი <input type="checkbox"/> მინდობით აღზრდაში მყოფი ბავშვი

ინდივიდუალური მომსახურების მიმწოდებელი სპეციალისტები

მომსახურების მიმწოდებელი სპეციალისტები	სპეციალისტის ჩართულობა (აღნიშნოს სიმბოლოურად „+“)
მომვლელი	
განვითარების სპეციალისტი	
ინტერდისციპლინური გუნდი (ოკუპაციური თერაპევტი)	
ინტერდისციპლინური გუნდი (მეტყველების სპეციალისტი)	
ინტერდისციპლინური გუნდი (ფსიქოლოგი)	
ინტერდისციპლინური გუნდი (პედატი)	
ინტერდისციპლინური გუნდი (სოციალური მუშაკი)	

იმგ განხორციელების ვადები (შედგენა/დასრულება)	
იმგ-ს გადასინჯვის თარიღი	
ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის/უფლებამოსილი პირი	
შემთხვევის მართვის მენეჯერი	
პროგრამის კოორდინატორი	

შემთხვევის მოკლე მიმოხილვა:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

სფერო	შეფასების ანგარიში
შემეცნებითი უნარ-ჩვევები	
ენის უნარ-ჩვევები	
მსხვილი მოტორიკა	
ნატიფი მოტორიკა	
სოციალური უნარ-ჩვევები	
თვით-მომსახურება/ ფუნქციური უნარ-ჩვევები	
პროფესიული უნარ-ჩვევები	

ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა

1. გრძელვადიანი მიზანი (გააკეთეთ გრძელვადიანი მიზნის ფორმულირება. მიზანი უკავშირდება მთლიანად სფეროს)	თარიღი
მოკლევადიანი მიზანი (მიზნიდან გამომდინარე გააკეთეთ მოკლევადიანი გაზომვადი მისაღწევი შედეგების ფორმულირება)	თარიღი
1.1	
1.2	

მოკლევადიანი მიზნის შესაბამისი აქტივობები	
1.	1.1. 1.2.
2.	2.1 2.2

**სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამა
მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების
მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა**

ინფორმაცია მაძიებელთა შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი --- -- ---

(რიცხვი/თვე/წელი)

N	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	მისამართი (ფაქტიური)			საკონტაქტო ტელეფონი	რეინტეგრირებული, მინდობით აღზრდაში მყოფი	განცხადების თარიღი
					რეგიონი	რაიონი/ქალაქი	დასახლებული პუნქტი/ქუჩა, სახლი			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა

ბ.ა.

თარიღი

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამა

მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების
მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

დაწესებულების დასახელება

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი

(რიცხვი/თვე/წელი)

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ				ინფორმაცია გაწეული მომსახურების შესახებ					სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურების დაფინანსებისათვის თვის მოთხოვნილი თანხა	ინფორმაცია ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის შესახებ		
	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	მომვლელის მიერ ჩატარებული საათების რაოდენობა	განვითარების სპეციალისტის მიერ ჩატარებული საათების რაოდენობა	მულტიდისციპლინური გუნდის სპეციალისტების მიერ ჩატარებული საათების რაოდენობა	თვის განმავლობაში ჩატარებული საათების რაოდენობა	მომსახურების ჩატარების ადგილი		სახელი	გვარი	ხელისმოწერა
1	2	3	4	5	6	7	8		9	12	13	14	15
1													
2													
3													
	სულ												

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა
თარიღი: ბ.ა.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამა
 მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების

მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ

N	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვით/თვე/წელი)	პრიორიტეტი	გადაწყვეტილების თარიღი	შენიშვნა
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამა

მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების

მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების
გაუქმების საფუძვლის შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი

N	გვარი	სახელი	პირადი N	გადაწყვეტილების გაუქმების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	გადაწყვეტილების გაუქმების მიზეზი
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა

ბ.ა.

თარიღი