



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო
ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030461531091916

№ 04-132/ა

24 / მარტი / 2016 წ.

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 26 თებერვლის N102 დადგენილებით დამტკიცებული „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის“ ზოგიერთი ქვეპროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით ზოგიერთი დონისძიების თაობაზე

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 26 თებერვლის N102 დადგენილებით (შემდგომში ტექსტში „დადგენილება“) დამტკიცებული „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის“ (შემდგომში ტექსტში „პროგრამა“) დანართი N1-ის მე-2 მუხლის „ა“ (კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების გადაუდებელი დახმარების ქვეპროგრამა), „ბ“ (ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა), „გ“ (ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა), „დ“ (ომის მონაწილეთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა), „ე“ (დღის ცენტრების ქვეპროგრამა), „ვ.ა“ (სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის კომპონენტი), „ვ.ბ“ (საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი), „თ“ (დედათა და ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა), „კ“ (მცირე საოჯახო ტიპის სახლების ქვეპროგრამა), „ლ“ (მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა), „მ“ (სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა), „ნ“ (მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა), „ო“ (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვთა სპეციალიზებული საოჯახო ტიპის მომსახურების ქვეპროგრამა) ქვეპუნქტების და 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 და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების გადაუდებელი დახმარების ქვეპროგრამის (პროგრამის დანართი 1.1) ფარგლებში:

- ა) დამტკიცდეს პროგრამის დანართი 1.1-ის მე-2 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული

მომსახურების (ბავშვთა ხელოვნული კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფა - შემდგომში - კვების ვაუჩერი) მიმწოდებლის მიერ შესრულებული სამუშაოს შესახებ ინფორმაციის სოციალური მომსახურების სააგენტოში (შემდგომში „სააგენტო“) წარმოდგენის ფორმა N1.1.1;

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.1.1, წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურების მიმწოდებლის მიერ სააგენტოში წარდგენილ უნდა იქნეს ყოველი თვის 15 რიცხვის ჩათვლით.

2. ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამის (პროგრამის დანართი 1.2) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის მიერ ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა ბენეფიციარის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ წარდგენილი ვაუჩერების შესახებ (ფორმა N1.2.1);

ა.ბ) ბავშვთა ადრეული განვითარების მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის მიერ ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა მომსახურების მიღების წინა თვეში ბენეფიციარის მიერ შესაბამისი მომსახურებით სარგებლობის შესახებ (ფორმა N1.2.2).

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული N1.2.1 და N1.2.2 ფორმები წერილობით მიმართვასთან ერთად და ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონები სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში წარდგენილ უნდა იქნეს მომსახურების მიწოდების ყოველი თვის 15 რიცხვის ჩათვლით;

გ) სააგენტოს ტერიტორიული ერთეული ვალდებულია, უზრუნველყოს:

გ.ა) ფორმა N1.2.1-ით წარმოდგენილი ინფორმაციის და ვაუჩერის შესაბამისი ტალონების შედარება, ინფორმაციის მიღების და სრულყოფილების ხელმოწერით დადასტურება (დოკუმენტის ერთი ეგზემპლარი შეინახება სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ხოლო მეორე დაუბრუნდება მომსახურების მიმწოდებელს);

გ.ბ) ინფორმაციის მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონების ასახვა ელექტრონულ პროგრამაში “CHILD”;

გ.გ) ფორმა N1.2.2-ით წარმოდგენილი ინფორმაციის სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში გადაგზავნა ინფორმაციის მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

3. „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის (პროგრამის დანართი 1.3) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის“ თანდართული ფორმა N1.3.1;

ა.ბ) „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის (ვრცელი ფორმა)“ თანდართული ფორმა N1.3.2;

ა.გ) „ინფორმაცია მიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი მომსახურების შესახებ“ თანდართული ფორმა N1.3.3;

ა.დ) „ინფორმაცია დაგეგმილი მომსახურების კორექტირების შესახებ“ ფორმა N1.3.3.1;

ა.ე) „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ ფორმა N1.3.4;

ა.ვ) „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების შესახებ“ ფორმა N1.3.5;

ა.ზ) „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ ფორმა N1.3.6;

ა.თ) „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის“ ქვეპროგრამის (პროგრამის დანართი 1.3.) მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მიზნობრივი ჯგუფისთვის გამოსაყენებული ფორმა „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ ფორმა N1.3.7.

ბ) ამ პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა N1.3.1 წარმოადგენს ბენეფიციარის სარეაბილიტაციო კურსების პირველადი დაგეგმვის საფუძველს (მიუხედავად იმისა, ბენეფიციარი უკვე ჩართულია სახელმწიფო პროგრამაში სხვა მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილი განაცხადით), ივსება მომსახურების მიმწოდებლის მიერ შესაბამის სპეციალისტთა ინტერდისციპლინური გუნდის და ბენეფიციარის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ჩართულობით და შესაბამისი წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს ცენტრალურ აპარატს ან შესაბამის ტერიტორიულ ერთეულს (შემდგომში სააგენტოს) პირის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის/სააღმზრდელო დაწესებულების უფლებამოსილი

პირის მიერ მიმწოდებლისათვის მიმართვისა და ყველა მოთხოვნილი დოკუმენტის ჩაბარებიდან არაუგვიანეს 10 სამუშაო დღის ვადაში. მასში კორექტირების შეტანის შემთხვევაში, კეთდება შესაბამისი აღნიშვნები, რომელიც ინახება მიმწოდებელთან და წარედგინება სააგენტოს მოთხოვნის შემთხვევაში;

გ) ამ პუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმა (ვრცელი ფორმა) ფორმა N1.3.2 ივსება მომსახურების მიმწოდებლის მიერ შესაბამის სპეციალისტთა ინტერდისციპლინური გუნდის და ბენეფიციარის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ჩართულობით და ინახება მიმწოდებელთან მომსახურების დამთავრებიდან არანაკლებ 6 წლის განმავლობაში. სარეაბილიტაციო გეგმაში კორექტირების შეტანის შემთხვევაში, კეთდება შესაბამისი აღნიშვნები. აღნიშნულ ფორმაში შეტანილი ინფორმაცია შესაძლებელია გაიცეს ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის მოთხოვნისას, ასევე მიეწოდოს სააგენტოს მოთხოვნისთანავე, დოკუმენტური და/ან ელექტრონული სახით. აღნიშნული ფორმის შევსება არ ათავისუფლებს მომსახურების მიმწოდებელს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა აუცილებელი დოკუმენტების წარმოების ვალდებულებისგან;

დ) ამ პუნქტის „ა.გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია მიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი მომსახურების მიწოდების შესახებ“ თანდართული ფორმა N1.3.3 წარმოადგენს სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის საფუძველს და ნაერთ ცხრილს, რომელიც ფორმა N1.3.1 - თან ერთად, მიეწოდება სააგენტოს, როგორც დოკუმენტური ასევე ელექტრონული სახით და ასახავს ბენეფიციართა „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის“ მონაცემებს. აღნიშნული ფორმის მიხედვით, ხდება ბენეფიციართა სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის და სარეაბილიტაციო კურსების დაგეგმვის ელექტრონული ფორმის დოკუმენტის შედგენა-კორექტირება;

ე) ამ პუნქტის „ა.დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია დაგეგმილი მომსახურების კორექტირების შესახებ“ ფორმა N1.3.3.1 გამოიყენება „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ ფარგლებში დაგეგმილ მომსახურებაში შეტანილი კორექტირებისთვის;

ვ) ამ პუნქტის „ა.ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა N1.3.4 „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ გამოიყენება დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.3) მე-4 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, ივსება სრულყოფილად, ორ ეგზემპლარად, მომსახურების შესაბამისი კურსის დასრულების შემდეგ. ერთი ეგზემპლარი, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს, არაუგვიანეს კურსის დამთავრების შემდეგ თვის 5 რიცხვის ჩათვლით და იგი წარმოადგენს მომსახურების ანაზღაურების მოთხოვნის აუცილებელ დოკუმენტს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი ინახება მიმწოდებელთან არანაკლებ სახელმწიფო პროგრამის მოქმედების პერიოდის შემდგომი ექვსი წლის განმავლობაში;

ზ) ამ პუნქტის „ა.ვ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა N1.3.5 - „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების შესახებ“;

ზ.ა) გამოიყენება დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.3) მე-3 მუხლის მე-2 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ შემთხვევებში;

ზ.ბ) წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელიც შესაბამისი შემთხვევის დადგომიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს და რომლის საფუძველზეც, ხდება ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების გაუქმება. ამ შემთხვევაში, უნდა მოხდეს ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით. აღნიშნული შეზღუდვის, ისევე როგორც რეაბილიტაციის პროგრამაში მონაწილეობის სხვა პარამეტრებისა და ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის შესახებ, ბენეფიციარის მშობელი/კანონიერი წარმომადგენელი/მინდობით აღმზრდელი/სააღმზრდელი დაწესებულების უფლებამოსილი პირი ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ;

თ) ამ პუნქტის „ა.ზ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ ფორმა N1.3.6 ივსება სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული პრიორიტეტების და ლიმიტების გათვალისწინებით სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის მიერ დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.3) მე-3 მუხლის მე-2 „ბ.ბ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, ბენეფიციარის ქვეპროგრამაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას და ეგზავნება მომსახურების მიმწოდებელს გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში, რის შემდეგაც, მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ხდება ბენეფიციარის ინფორმირება;

ი) ამ პუნქტის „ა.თ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის

გაწეული მომსახურების შესახებ“ ფორმა N1.3.7 გამოიყენება დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.3) მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მიზნობრივი ჯგუფისათვის, ივსება ორ ეგზემპლარად მომსახურების შესაბამისი კურსის დასრულების შემდეგ. ერთი ეგზემპლარი, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს, არაუგვიანეს კურსის დამთავრების შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით და იგი წარმოადგენს მომსახურების ანაზღაურების მოთხოვნის აუცილებელ დოკუმენტს;

კ) სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობის და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის უფროსს (უფროსის მოვალეობის შემსრულებელს) მიენიჭოს უფლებამოსილება, სააგენტოს სახელით, მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, მიიღოს გადაწყვეტილება მამიებლის/ბენეფიციარის „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის“ ქვეპროგრამაში ჩართვის და/ან ამორიცხვის (ვაუჩერის გაუქმება) შესახებ;

ლ) წინამდებარე ბრძანების ძალაში შესვლამდე, სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარმოდგენილი „ინფორმაცია მიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი მომსახურების მიწოდების შესახებ“ ჩაითვალოს ვალიდურად.

4. „ომის მონაწილეთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.4) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის მიერ საანგარიშო პერიოდში შესრულებული სამუშაოს შესახებ ანგარიშის ფორმა N1.4.1;

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.4.1 იგზავნება მომსახურების მიმწოდებლისაგან სააგენტოში არაუგვიანეს ინდივიდუალური კურსის დასრულების თვის მომდევნო თვის 5 რიცხვის ჩათვლით.

5. „დღის ცენტრების ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.5) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის მიერ ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა ბენეფიციარის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ წარდგენილი ვაუჩერების შესახებ (ფორმა N 1.5.1);

ა.ბ) დღის ცენტრის მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის მიერ ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა მომსახურების მიღების წინა თვეში ბენეფიციარების მიერ შესაბამისი დღის ცენტრის მომსახურებით სარგებლობის შესახებ (ფორმა N 1.5.2).

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული N1.5.1. და N1.5.2. ფორმები, წერილობით მიმართვასთან ერთად და ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონები სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში წარდგენილ უნდა იქნეს მომსახურების მიწოდების ყოველი თვის 15 რიცხვის ჩათვლით.

გ) სააგენტოს ტერიტორიული ერთეული ვალდებულია, უზრუნველყოს:

გ.ა) ფორმა N1.5.1-ით წარმოდგენილი ინფორმაციის და ვაუჩერის შესაბამისი ტალონების შედარება, ინფორმაციის მიღების და სრულყოფილების ხელმოწერით დადასტურება (დოკუმენტის ერთი ეგზემპლარი შეინახება სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ხოლო მეორე დაუბრუნდება მომსახურების მიმწოდებელს);

გ.ბ) ინფორმაციის მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონების ასახვა ელექტრონულ პროგრამაში “CHILD”;

გ.გ) ფორმა N1.5.2-ით წარმოდგენილი ინფორმაციის სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში გადაგზავნა ინფორმაციის მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

6. „დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.6) მე-2 მუხლის „ა“ და „ბ“ პუნქტებით დამტკიცებული კომპონენტების ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) „სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის“ კომპონენტის მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში შესრულებული სამუშაოს შესახებ ანგარიშის ფორმა N1.6.1;

ა.ბ) „საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის“ კომპონენტის მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში შესრულებული სამუშაოს შესახებ ანგარიშის ფორმა N1.6.2;

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.6.1. და ფორმა N1.6.2. შესაბამის წერილობით მიმართვასთან, ვაუჩერებსა და ასევე, მიმწოდებელსა და ბენეფიციარს შორის გაფორმებულ მიღება-ჩაბარების

აქტებთან ერთად, სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში წარმოდგენილი უნდა იქნეს არაუგვიანეს მომსახურების მიწოდების დასრულების მომდევნო თვის 15 რიცხვის ჩათვლით.

7. „დედათა და ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.8) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს :

ა.ა) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.8.1 (ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ);

ა.ბ) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული, ყოველდღიური მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.8.2.

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული N1.8.1. და N1.8.2. ფორმები მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურების გაწევის შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით; ამასთან, ფორმა N1.8.1 – ით და N1.8.2 – ით წარმოდგენილი გაწეული მომსახურების დღეების რაოდენობებში სხვაობის შემთხვევაში, უპირატესობა მიენიჭება ფორმა N1.8.2.–ს.

გ) სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულები (კერძოდ: სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრები და თბილისის სოციალური მომსახურების საქალაქო ცენტრის სერვისცენტრები) ვალდებული არიან, უზრუნველყონ ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული N1.8.1. და N1.8.2. ფორმებით წარმოდგენილი ინფორმაციის გადაგზავნა სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში ერთ სამუშაო დღეში, ელექტრონული ფორმით, დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული სისტემის (დეს) საშუალებით.

8. „მცირე საოჯახო ტიპის სახლების ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.10) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) მომსახურების გაწევის თაობაზე კონკრეტული მოსარგებლის მიმართ მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ ამ მომსახურების მიმწოდებლის ინფორმირების ფორმა N1.10.1;

ა.ბ) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო თვეში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.10.2 (ინფორმაცია წინა თვეში შესრულებული სამუშაოს შესახებ).

ბ) ამ პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.10.1 იგზავნება სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულიდან მიმწოდებელთან და სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში, მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონული საბჭოს საოქმო გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 დღის ვადაში;

გ) ამ პუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.10.2 მიმწოდებლის მიერ წარდგენილ უნდა იქნეს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ყოველი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით და წარმოადგენს ინფორმაციას წინა თვეში ბენეფიციარის მიერ შესაბამისი მომსახურებით სარგებლობის შესახებ; მიმწოდებლებისაგან მიღებული ინფორმაცია სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის მიერ სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში წარმოდგენილ უნდა იქნეს, ამ ინფორმაციის მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

9. „მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.11) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.11.1 (ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურების სარგებლობის შესახებ);

ა.ბ) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.11.2. (ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ (ყოველდღიური ანგარიშის ფორმა));

ა.გ) მიმწოდებლის მიერ მობილური ჯგუფის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.11.3 (მობილური ჯგუფის მომსახურებით უზრუნველყოფის ფორმა).

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N 1.11.1. და ფორმა N1.11.2. მიმწოდებლის მიერ შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარდგენილი უნდა იქნეს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში,

მიმწოდებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის და უფლებამოსილი უფროსი სოციალური მუშაკის მიერ ხელმოწერილი, დათარიღებული და ბეჭდით დამოწმებული დოკუმენტი, მომსახურების გაწევის მომდევნო თვის 10 რიცხვის ჩათვლით. ამასთან, ფორმა N1.11.1 – ით და N1.11. 2 – ით წარმოდგენილი გაწეული მომსახურების დღეების რაოდენობებში სხვაობის შემთხვევაში, უპირატესობა მიენიჭება ფორმა N1.11.2.–ს.

გ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.11.3 მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იქნეს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურების გაწევის მომდევნო თვის 5 რიცხვამდე.

დ) მიმწოდებლისაგან მიღებული ინფორმაცია სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის მიერ სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში წარმოდგენილ უნდა იქნეს მიღებიდან არაუგვიანეს ორი სამუშაო დღის ვადაში.

10. „სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.12) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) მომსახურების გაწევის თაობაზე კონკრეტული ბენეფიციარის მიმართ მიღებული საოქმო გადაწყვეტილების შესახებ ამ მომსახურების მიმწოდებლის ინფორმირების ფორმა N1.12.1;

ა.ბ) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო თვეში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.12.2. (ინფორმაცია წინა თვეში შესრულებული სამუშაოს შესახებ).

ბ) ამ პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.12.1. იგზავნება სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის მიერ მიმწოდებელთან და სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში, მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონული საბჭოს საოქმო გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 დღის ვადაში;

გ) ამ პუნქტის „ა.ბ.“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.12.2. მიმწოდებლის მიერ წარდგენილ უნდა იქნეს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ყოველი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით და წარმოადგენს ინფორმაციას წინა თვეში ბენეფიციარის მიერ შესაბამისი მომსახურებით სარგებლობის შესახებ; მიმწოდებლისაგან მიღებული ინფორმაცია სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის მიერ სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში წარმოდგენილ უნდა იქნეს მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

11. „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის (პროგრამის დანართი 1.13) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა. „ინდივიდუალური მომსახურების გეგმის“ თანდართული ფორმა (დანართი N1.13.1);

ა.ბ) „ინფორმაცია მაძიებელთა შესახებ“ თანდართული ფორმა N1.13.2;

ა.გ) „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (ფორმა N1.13.3);

ა.დ) „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ ფორმა N1.13.4;

ა.ე) „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების საფუძვლის შესახებ“ ფორმა N1.13.5.

ბ) ამ პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა N1.13.1 წარმოადგენს „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.13) მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული მაძიებლის 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 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. 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;

გ) ამ პუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია მაძიებელთა შესახებ“ თანდართული ფორმა N1.13.2 წარმოადგენს ნაერთ ცხრილს, რომელიც შესაბამის წერილობით მიმართვასთან და

„ინდივიდუალური მომსახურების გეგმასთან“ ფორმა N1.13.1 ერთად, მიეწოდება სააგენტოს, როგორც დოკუმენტური ასევე ელექტრონული სახით. აღნიშნული ფორმის მიხედვით ხდება მამიებელთა/ბენეფიციართა ელექტრონული ბაზის შედგენა;

დ) ამ პუნქტის „ა.გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ ფორმა N1.13.3 გამოიყენება „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.13) 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;

ე) ამ პუნქტის „ა.დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ ფორმა N1.13.4 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;

ვ) ამ პუნქტის „ა.ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების საფუძვლის შესახებ“ ფორმა N1.13.5 გამოიყენება „მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი N1.13) 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;

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

12. „მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვთა სპეციალიზებული საოჯახო ტიპის მომსახურების ქვეპროგრამის“ (პროგრამის დანართი 1.14) ფარგლებში:

ა) დამტკიცდეს:

ა.ა) მომსახურების გაწევის თაობაზე კონკრეტული მოსარგებლის მიმართ მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ ამ მომსახურების მიმწოდებლის ინფორმირების ფორმა N1.14.1;

ა.ბ) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო თვეში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა N1.14.2 (ინფორმაცია წინა თვეში შესრულებული სამუშაოს შესახებ).

ბ) ამ პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.14.1 იგზავნება სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულიდან მიმწოდებელთან და სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში, მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონული საბჭოს საოქმო გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 დღის ვადაში;

გ) ამ პუნქტის „ა.ბ.“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ფორმა N1.14.2. მიმწოდებლის მიერ წარდგენილ უნდა იქნეს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ყოველი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით და წარმოადგენს ინფორმაციას წინა თვეში ბენეფიციარის მიერ შესაბამისი მომსახურებით სარგებლობის შესახებ; მიმწოდებლებისაგან მიღებული ინფორმაცია სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის მიერ სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში წარმოდგენილ უნდა იქნეს მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

13. შესრულებული სამუშაოების შესახებ ინფორმაცია წარმოადგენს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში შესაბამისი მიმწოდებლისთვის საანგარიშო პერიოდში ვაუჩერით დაფინანსებული მომსახურების ჯამურად გადასარიცხი თანხის გამოთვლის საფუძველს.

14. სააგენტოს ტერიტორიულმა ერთეულებმა უნდა უზრუნველყონ წარმოდგენილი დოკუმენტაციის და ტალონების დაცულობა, არანაკლებ სახელმწიფო პროგრამის მოქმედების პერიოდის შემდგომი ექვსი წლის განმავლობაში.

15. სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის სოციალური პროგრამების სამმართველომ (მ. ბუჩუკური) უზრუნველყოს სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულებისათვის საჭირო ინფორმაციისა და განმარტებების მიწოდება ამ ბრძანებასა და “სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის” ადმინისტრირებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებზე.

16. სააგენტოს ტერიტორიულმა ერთეულებმა უზრუნველყონ მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციათა ინფორმირება და საჭირო განმარტებების მიწოდება ამ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმების და ინფორმაციის მოწოდების პირობების თაობაზე.

17. სააგენტოს დირექტორის აპარატმა (ნ. ჩანადირი) უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებისა და ამ ბრძანებით დამტკიცებული ფორმების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე: ssa.gov.ge.

18. წინამდებარე ბრძანების ძალაში შესვლიდან ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2015 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 მარტის N138 დადგენილებით დამტკიცებული „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2015 წლის სახელმწიფო პროგრამის“ ზოგიერთი ქვეპროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 19 მაისის N04-145/ო ბრძანების პირველი-7 და მე-9 პუნქტები .

19. 2016 წლის 1 აპრილიდან ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2015 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 მარტის N138 დადგენილებით დამტკიცებული „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2015 წლის სახელმწიფო პროგრამის“ ზოგიერთი ქვეპროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 19 მაისის N04-145/ო ბრძანება.

20. წინამდებარე ბრძანება, გარდა მე-9 პუნქტისა, ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

21. ამ ბრძანების მე-9 პუნქტი ძალაშია 2016 წლის 1 აპრილიდან.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს
დირექტორი, საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის მოადგილე



ზაზა სოფრომაძე

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016წლის სახელმწიფო პროგრამა

ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა

ინფორმაცია მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციაში წარდგენილი ვაუჩერების შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

კოდი CHILD ბაზაში -----

ვაუჩერის მოქმედების პერიოდი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი _____

	ვაუჩერის ნომერი	გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი	პირადი N
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია

სააგენტოს ტერიტორიული ერთეული

ხელისმოწერა -----

ბ.ა.

ხელისმოწერა ----- თარიღი

შენიშვნა: ფორმა N1.2.1 წერილობით მიმართვასთან ერთად და ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონები სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში წარდგენილ უნდა იქნეს არაუგვიანეს მომსახურების მიწოდების ყოველი თვის 15 რიცხვისა. მოხდება წარმოდგენილი ინფორმაციის და ვაუჩერის შესაბამისი ტალონების შედარება, ინფორმაციის მიღების და სრულყოფილების ხელმოწერით დადასტურება; დოკუმენტის ერთი ეგზემპლარი შეინახება სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ხოლო მეორე დაუბრუნდება მომსახურების მიმწოდებელს.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
ბავშვთა ადრეული განვითარების ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

მისამართი _____

კოდი CHILD ბაზაში _____

საანგარიშო პერიოდი _____

(თვე)

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი _____

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ				ინფორმაცია მომსახურებით სარგებლობის შესახებ			ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/ მინდობითი აღმზრდელის ხელმოწერა
	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი	სახეობა	ჯერადობა	განვითარების რამდენ სფეროში აქვს შეფერხება/ ჩამორჩენა	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1					ინდივიდ			
					ჯგუფური			
2					ინდივიდ			
					ჯგუფური			
3					ინდივიდ			
					ჯგუფური			
4					ინდივიდ			
					ჯგუფური			
5					ინდივიდ			
					ჯგუფური			

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა
თარიღი

ბ.ა.

შენიშვნა: ფორმა N1.2.2. მიმწოდებელი ვალდებულია, მომსახურების გაწევის თვის 15 რიცხვის ჩათვლით, სააგენტოს წარუდგინოს მიმწოდებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ ხელმოწერილი, დათარიღებული და ბეჭდით დამოწმებული დოკუმენტი, რომელშიც ასახულია ბენეფიციარის მიერ წინა თვეში ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით სარგებლობის მონაცემები წინა თვის განმავლობაში მიღებული მომსახურების სახეობების, ჯერადობისა და მომსახურების ჩატარების ადგილის მითითებით, რაც დადასტურებული უნდა იყოს ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობითი აღმზრდელის ხელმოწერით, სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეული აგზავნის ცენტრალურ აპარატში არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

**სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
დედათა და ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ**

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

დედათა და ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

N	გვარი	სახელი	პირადი N/ დაბადების მოწმობის N*	დაბადების თარიღი	მისამართი (იურიდიული) საკონტაქტო ტელეფონი	გადაწყვეტილებ ის მიმღები რეგიონული საბჭო	დაწესებულება ში მოთავსების თარიღი	დაწესებულე ბიდან ამორიცხვის თარიღი**	მომსახურების მიღების თვეში, დაწესებულება ში გატარებული დღეების რ-ბა
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

შენიშვნა: ფორმა №1.8.1. მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურების გაწევის შემდეგ თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეული აგზავნის ცენტრალურ აპარატში დაუყოვნებლივ.

* – ბავშვის შემთხვევაში იწერება დაბადების მოწმობის ნომერიც;

** – დაწესებულებიდან ამორიცხვის თარიღში მითითებული უნდა იყოს საბჭოს ოქმით ამორიცხვის თარიღი

**სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
დედათა და ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ (ყოველდღიური ანგარიშის ფორმა)**

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

დედათა და ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

N	სახელი	გვარი	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

შენიშვნა: ფორმა №1.8.2. მიმწოდებლის მიერ სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში უნდა იქნეს წარდგენილი საანგარიშო პერიოდის თვეში სრული დაზუსტებული ინფორმაცია ყოველი შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეული აგზავნის ცენტრალურ აპარატში დაუყოვნებლივ.

ფორმა N1.8.1–სა და N1.8. 2 –ს შორის გაწეული მომსახურების დღეების რაოდენობებში სხვაობის შემთხვევაში, უპირატესობა მიენიჭება ფორმა N1.8.2.–ს.

**სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა,
სავარძელ-ეტლებით უზრუნველყოფისა და შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობის კომპონენტი
ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ**

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება -----

მისამართი -----

საანგარიშო პერიოდი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	ბენეფიციარის				ოჯახის საიდენტიფიკაციო კოდი	სარეიტინგო ქულა	ვაუნჩერის ნომერი	მომსახურების დაფინანსების წილი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში (%)	გაწეული მომსახურება				სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საქონლი (მომსახურების) დაფინანსებისათ ვის მოთხოვნილი თანხა	საქონლის (მომსახურების) ღირებულების ბენეფიციარის მიერ ანაზღაურებული ოდენობა
	სახელი	გვარი	პირადი N	დაბადების თარიღი <small>(რიცხვი/თვე/წელი)</small>					სახელმწიფო პროგრამით (კომპონენტით) გათვალისწინებ ული საქონლის (მომსახურების) სახეობა	პროგრამის ფარგლებში ლიმიტი	საქონლის (მომსახურების) ფაქტიური ხარჯი	საქონლის (მომსახურების) მიწოდების დასრულების თარიღი <small>(რიცხვი/თვე/წელი)</small>		

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა, საპროთეზო-
ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფის კომპონენტი ინფორმაცია
ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება -----

მისამართი -----

საანგარიშო პერიოდი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	ბენეფიციარის				ოჯახის საიდენტი ფიკაციო კოდი	სარეიტინგო ქულა	გაუქმების ნომერი	მომსახურების დაფინანსების წილი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში (%)	გაწეული მომსახურება					სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საქონლი (მომსახურების) დაფინანსებისათ ვის მოთხოვნილი თანხა	საქონლის (მომსახურების) ღირებულების ბენეფიციარის მიერ ანაზღაურებული თანხის ოდენობა	
	სახელი	გვარი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელ ი)					სახელმწიფო პროგრამით (კომპონენტით) გათვალისწინებუ ლი საქონლის (მომსახურების) სახეობა (კოდი)	პროგრამის ფარგლებში ლიმიტი	საქონლის (მომსახურების) მომწოდებლის შიდა სტანდარტით გათვალისწინებ ული კოდი	საქონლის (მომსახურების) მიწოდების დასრულების თარიღი (რიცხვი/თვე/წე ლი)	საქონლის (მომსახურების) ფაქტიური ხარჯი			საქონლის (მომსახურების) დასრულების თარიღი (რიცხვი/თვე/წე ლი)

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

დღის ცენტრების ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

დღის ცენტრის მისამართი _____

კოდი CHILD ბაზაში – – – –

საანგარიშო პერიოდი _____

(თვე)

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი _____

	ვაუჩერის ნომერი	გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი	პირადი N
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია

სააგენტოს ტერიტორიული ერთეული

ხელისმოწერა -----

ბ.ა.

ხელისმოწერა ----- თარიღი

შენიშვნა: ფორმა N1.5.1 წერილობით მიმართვასთან ერთად და ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონები სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში წარდგენილ უნდა იქნეს არაუგვიანეს მომსახურების მიწოდების ყოველი თვის 15 რიცხვისა. მოხდება წარმოდგენილი ინფორმაციის და ვაუჩერის შესაბამისი ტალონების შედარება, ინფორმაციის მიღების და სრულყოფილების ხელმოწერით დადასტურება; დოკუმენტის ერთი ეგზემპლარი შეინახება სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, ხოლო მეორე დაუბრუნდება მომსახურების მიმწოდებელს.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

დღის ცენტრების ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

დღის ცენტრის მისამართი _____

კოდი CHILD ბაზაში – – – –

საანგარიშო პერიოდი _____

(თვე)

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი _____

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ			თვის განმავლობაში გატარებული დღეების რაოდენობა	ბენეფიციარის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა
	გვარი	სახელი	პირადი N		
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----
 თარიღი ----- ბ.ა.

შენიშვნა: ფორმა N1.5.2. მიმწოდებელი ვალდებულია, არაუგვიანეს მომსახურების გაწევისთვის 15 რიცხვის ჩათვლით, სააგენტოს წარუდგინოს მიმწოდებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ ხელმოწერილი, დათარიღებული და ბეჭდით დამოწმებული დოკუმენტი, რომელშიც ასახულია ბენეფიციარის მიერ მომსახურების მიღების წინა თვეში შესაბამისი დღის ცენტრის მომსახურებით სარგებლობის მონაცემები, რაც დადასტურებული უნდა იყოს ბენეფიციარის ან ქმედუწუნარო ბენეფიციარის შემთხვევაში - მისი კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის ხელმოწერით; სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეული აგზავნის ცენტრალურ აპარატში არაუგვიანეს ერთი სამუშაო დღის ვადაში.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი _____

სერვისის ტიპი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

N	გვარი	სახელი	პირადი N/ დაბადების მოწმობის N*	დაბადების თარიღი	სოცმუშაკის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების N და თარიღი	დაწესებულება ში მოთავსების თარიღი	დაწესებულები დან ამორიცხვის თარიღი**	მომსახურების მიღების თვეში, დაწესებულებაში გატარებული დღეების რ-ბა
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

შენიშვნა: ფორმა N1.11.1. მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურების გაწევის შემდეგი თვის 10 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეული აგზავნის ცენტრალურ აპარატში დაუყოვნებლივ.

* – დაწესებულებიდან ამორიცხვის თარიღში მითითებულია უფროსი სოციალური მუშაკის მიერ ამორიცხვის შესახებ მიღებული გადაწყვეტილების თარიღი

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ (ყოველდღიური ანგარიშის ფორმა)

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

მისაფარ ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი _____ სერვისის ტიპი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

N	სახელი	გვარი	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
11																																		

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი -----

ბ.ა

უფლებამოსილი უფროსი სოციალური მუშაკის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

შენიშვნა: ფორმა №1.11.2. მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურები გაწევის შემდეგი თვის 10 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეული აგზავნის ცენტრალურ აპარატში დაუყოვნებლივ.

ფორმა N1.11.1- სა და N1.11. 2 -ს შორის გაწეული მომსახურების დღეების რაოდენობებში სხვაობის შემთხვევაში, უპირატესობა მიენიჭება ფორმა N1.11.2.-ს.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია მობილური ჯგუფის მომსახურებით უზრუნველყოფის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

ხარჯების სახეები	წარმოდგენილი სამუშაოს ღირებულება		
	რაოდენობა	ერთეულის ღირებულება	სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში თანხა (ლარი)
წარმოდგენილი სამუშაოს ღირებულება (გლობალ ბიუჯეტი)			3300 ლარი
ადამიანური რესურსი			
ფსიქოლოგი/პედაგოგი			
მღლოლი/ლოჯისტიკი			
მობილიზატორი/თანასწორ განმანათლებელი			
მიმდინარე ხარჯები			
მანქანის ხარჯი (საწვავი; დაზღვევა; ექსპლუატაციის, მოვლა-შენახვისა და სათადარიგო ნაწილების ხარჯი)			
საკომუნიკაციო ხარჯი			
უშუალო მხარდაჭერა (ჰიგიენური ნივთები; მედიკამენტები; კვება; საკანც. ნივთები)			

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
მცირე საოჯახო ტიპის სახლების ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა წინა თვეში მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

სახლის მისამართი _____

სახლის კოდი _____ ლიმიტი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

№	არამატერიალიზებული ვაუჩერის №	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი რიცხვი/თვე/წელი	შშმ ბავშვი	მცირე საოჯახო ტიპის სახლში გატარებული დღეების რაოდენობა	საანგარიშო პერიოდში ჩარიცხვა (რიცხვი/თვე/წელი)	საანგარიშო პერიოდში ამორიცხვა (რიცხვი/თვე/წელი)

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----
 თარიღი ----- ბ.ა

შენიშვნა: ფორმა N1.10.2 იგზავნება მიმწოდებელისგან სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში გაწეული მომსახურების შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულმა ერთეულმა მომდევნო ერთი სამუშაო დღის ვადაში უნდა ასახოს მონაცემები კომპიუტერულ პროგრამა „child“-ში და გადააგზავნოს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში.

**სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
ომის მონაწილეთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა მომსახურებით სარგებლობის შესახებ**

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

მისამართი _____

საანგარიშო პერიოდი _____

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი _____

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ							ინფორმაცია მომსახურებით სარგებლობის შესახებ (ფაქტობრივად გაწეული მომსახურების დირექტულება)					ბენეფიციარის ხელმოწერა
	სახელი	გვარი	პირადი N	ვეტერანის მოწმობის ნომერი	დაბადების თარიღი (დდ /თთ/ წწ)	ბენეფიციარის სტატუსი (შშპ პირი ან საპენსიო ასაკის პირი)	მისამართი, საკონტაქტო ტელეფონი	ექიმ-სპეციალისტ(ებ)თან კონსულტირება	ფიზიოთერაპიული და ლაზეროტერაპიული ინსტრუმენტული კვლევები	ბალნეოლოგიური პროცედურები	სამკურნალო ფიზკულტურის და მანუალური თერაპიის პროცედურები	სულ (თანხა)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----
თარიღი ----- ბ.ა

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გეგმა N

ორგანიზაციის დასახელება: -----

შეგების 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"/> <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 წარმოდგენის თარიღი (დღე/ თვე/ წელი)	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---- <input type="checkbox"/> ----
დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	
დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	
დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	
შშმ ბავშვის სტატუსი (გადამოწმების თარიღი არსებობის შემთხვევაში)	<input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -----
სხვა პრიორიტეტი	<input type="checkbox"/> რენტგენირებული <input type="checkbox"/> მინდობით აღზრდაში <input type="checkbox"/> გასული 12 თვის მოსარგებლე <input type="checkbox"/> სააღმზრდელო დაწესებულებაში მყოფი <input type="checkbox"/> გადაუდებელი საჭიროების მქონე (ორთოპედიული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი)
ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გრაფიკი (დაწყების თარიღი – დდ/თთ/წწ)	

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის გეგმა				
მომსახურების ტიპი	სპეციალისტის სახელი, გვარი	1 კურსზე სეანსების რაოდენობა (დაახლოებით)	ერთი სეანსის ხანგრძლივობა (დაახლოებით)	შენიშვნა
თერაპიული ინტერვენცია				
ფიზიკური თერაპია				
ოკუპაციური თერაპია				
მეტყველებისა და ენის თერაპია				
ფსიქოლოგიური კორექცია				
ქცევითი თერაპია				
მშობელთა განათლება				
ექიმის მეთვალყურეობა				
ბავშვის მშობლის (კანონიერი წარმომადგენლის) ფსიქოლოგიური დახმარება				

ინდივიდუალური მიზნები

გრძელვადიანი მიზნები:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----

მოკლევადიანი მიზნები:

1. -----
2. -----
3. -----

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირის ხელისმოწერა _____

ინახება მომსახურების მომწოდებელთან მომსახურების დამთავრებიდან მინიმუმ 6 წლის განმავლობაში და წარდება სააგენტოში როგორც დოკუმენტური, ისე ელექტრონული ფორმით მოთხოვნის შემთხვევაში

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გეგმა N

(ვრცელი ფორმა)

ორგანიზაციის დასახელება: -----

შევსების თარიღი: _____

1. ბავშვთან დაკავშირებული ინფორმაცია

ბავშვის გვარი, სახელი	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> -----
პირადი ნომერი	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
სქესი	<input type="checkbox"/> მამრობითი <input type="checkbox"/> მდედრობითი
დაბადების თარიღი	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- დღე თვე წელი
მისამართი ფაქტიური (რეგიონი, ქალაქი)	
მისამართი ფაქტიური (რაიონი, დასახლება, ქუჩა, ნომერი)	
მშობლის (კანონიერი წარმომადგენლის) სახელი, გვარი, პ/ნ	
საკონტაქტო ტელეფონი	
ელექტრონული მისამართი (არსებობის შემთხვევაში)	
განცხადების წარმოდგენის თარიღი	დდ/თთ/წწ
დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	
დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	
დიაგნოზი (ICD-10კოდი)	
შშმ ბავშვის სტატუსი (გადამოწმების თარიღი არსებობის შემთხვევაში)	<input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> -----
სხვა პრიორიტეტი	<input type="checkbox"/> რეინტეგრირებული <input type="checkbox"/> მინდობით აღზრდაში მყოფი <input type="checkbox"/> სააღმზრდელო დაწესებულებაში მყოფი <input type="checkbox"/> გასული 12 თვის მოსარგებლე <input type="checkbox"/> გადაუდებელი საჭიროების მქონე ბავშვები (ორთოპედული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი)
ოჯახის ქულა (პროგრამაში ჩართვის მომენტში)	
სხვა სახის დაფინანსება (არსებობის შემთხვევაში)	<input type="checkbox"/> პირადი <input type="checkbox"/> მუნიციპალური <input type="checkbox"/> სხვა
რეაბილიტაციის სერვისის დაწყების თარიღი (საერთოდ)	
რეაბილიტაციის სერვისის მომწოდებელი სხვა დაწესებულებები (საერთოდ)	
შემთხვევაზე პასუხისმგებელი პირი (სახელი, გვარი)	
პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა	
თარიღი	
შევსების ეტაპი (2015 წლის განმავლობაში)	<input type="checkbox"/> პირველადი <input type="checkbox"/> განმეორებითი (ამავე მომწოდებლის) <input type="checkbox"/> სხვა პროვადერისგან გადმოსული <input type="checkbox"/> სხვა პროვადერის დასახელება -----

ბავშვის ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გეგმა

ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გრაფიკი						
	დაწყების სავარაუდო თარიღი	კორექტირება	დაწყების რეალური თარიღი	თანხა	დაფინანსების წყარო	შემსრულებელი (პროვადერი)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

(გრაფიკი დგება 1 წლის პერიოდზე, მიუხედავად დაფინანსების წყაროს დადასტურებისა)

დაგეგმვის თარიღი _____

კორექტირების თარიღი _____

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირის ხელისმოწერა _____

მშობლის (კანონური წარმომადგენლის) ხელისმოწერა _____

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის გეგმა				
მომსახურების ტიპი	სპეციალისტის სახელი, გვარი	1 კურსზე სეანსების რაოდენობა (დაახლოებით)	ერთი სეანსის ხანგრძლივობა (დაახლოებით)	შენიშვნა
თერაპიული ინტერვენცია				
ფიზიკური თერაპია				
ოკუპაციური თერაპია				
მეტყველებისა და ენის თერაპია				
ფსიქოლოგიური კორექცია				
ქცევითი თერაპია				
მშობელთა განათლება				
ექიმის მეთვალყურეობა				
ბავშვის მშობლის (კანონური წარმომადგენლის) ფსიქოლოგიური დახმარება				

ბავშვის შეფასების თარიღი: _____

ინდივიდუალური გეგმის გადასინჯვის თარიღი: _____

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირის ხელისმოწერა _____

მშობლის (კანონური წარმომადგენლის) ხელისმოწერა _____

ბავშვის განვითარების შეფასების ანგარიში

შევსების თარიღი: _____

სპეციალისტი: ----- შეფასება გადაფასება წლიური შეფასება

სპეციალისტი: ----- შეფასება გადაფასება წლიური შეფასება

სპეციალისტი: ----- შეფასება გადაფასება წლიური შეფასება

სპეციალისტი: ----- შეფასება გადაფასება წლიური შეფასება

სპეციალისტი: ----- შეფასება გადაფასება წლიური შეფასება

გლობალური ფუნქციის შეფასება – "ფუნქციური დამოუკიდებლობის საზომი ბავშვებისათვის" (WeeFIM – Functional Independence Measure for Children);

7 ქულიანი შეფასება:

- 1 - სრულიად დამოკიდებულია (დამოუკიდებლად ასრულებს მოქმედებების 25%-ზე ნაკლებს)
- 2 - მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია (მოქმედებების 25-50%-ს ასრულებს დამოუკიდებლად)
- 3 - ზომიერად დამოკიდებულია (დავალების შესრულებისთვის საჭირო მოქმედებების 50-75%-ს დამოუკიდებლად ასრულებს)
- 4 - უმნიშვნელოდ დამოკიდებულია (მოქმედების შესრულებისას სჭირდება დახმარება, თუმცა დავალების 75%-ს ასრულებს დამოუკიდებლად)
- 5 - მინიმალურად დამოკიდებულია (მოქმედების შესრულებისას სჭირდება ვინმეს თვალყური ან დახმარება ორტეზის ჩაცმის დროს)
- 6 - დამოუკიდებლობა შეზღუდულია (ყველა მოქმედებას ასრულებს თვითონ, მაგრამ წელა, ან სჭირდება ინსტრუქტაჟი)
- 7 - სრულიად დამოუკიდებელია

მოქმედება	ქულა კურსების ბოლოს						
	1	2	3	4	5	6	7
თვითმომსახურება							
1. საკვების მიღება (დანა-ჩანგლის ხმარება, საკვების პირთან მიტანა, ღეჭვა, ყლაპვა)							
2. პირადი ჰიგიენა (კბილების გამოხეხვა, დავარცხნა, პირის და ხელების დაბანა)							
3. აბაზანის მიღება (ტანის დაბანა და გამშრალება ზურგის გამოკლებით)							
4. ჩაცმა (ორტეზის ჩაცმის ჩათვლით) სხეულის ზედა ნაწილზე (წელს ზემოთ)							
5. ჩაცმა (ორტეზის ჩაცმის ჩათვლით) სხეულის ქვედა ნაწილზე (წელს ქვემოთ)							
6. ტუალეტი (საცვლების ჩაწევა-აწევა, ტუალეტის ქაღალდის გამოყენება)							
მენჯის დრუს ორგანოების ფუნქციის კონტროლი							
7. შარდის ბუშტი (შარდვაზე კონტროლი)							
8. სწორი ნაწლავი (კონტროლი დეფეკაციაზე)							
გადაადგილება							
9. საწოლი, სკამი, ინვალიდის სავარძელი (სკამზე და ინვალიდის სავარძელზე დაჯდომა და ადგომა)							
10. ტუალეტი (უნიტაზით სარგებლობა – დაჯდომა/ადგომა)							
11. აბაზანა, შხაპი (აბაზანის ან შხაპის გამოყენება, აბაზანაში ჩასვლა)							
მომძრაობა							
12. სიარული/ეტლი/ხობვა – ქულობრივად ფასდება ლოკომოციის ყველაზე ხშირად გამოყენებული ხერხი							
13. კიბეზე ასვლა-ჩასვლა (7 ქულა – 12-14 საფეხურზე ადის დამოუკიდებლად, 1 ქულა – 4 საფეხურს ვერ სცდება)							
14. კომუნიკაბელობა							
საერთო ქულა:							

ფუნქციური დამოუკიდებლობის საშუალო ქულა -----

მსხვილი მოტორული ფუნქციის შეფასება – "მსხვილი მოტორული ფუნქციის საზომი"

(GMFM – Gross Motor Function Measure)

პაციენტის გვარი, სახელი -----

წოლა და გადაბრუნება

1 2 3 4 5 6 7

სუბინიონური - S	1	თავი შუა ხაზზეა, აბრუნებს თავს, კიდურები სიმეტრიულობა ნარჩუნდება							
	2*	მოაქვს ხელები შუა ხაზზე							
	3	თავს სწევს 450-ით							
	4	მარჯვენა ბარძაყს და მუხლს ხრის სრული სიფართოთ							
	5	მარცხენა ბარძაყს და მუხლს ხრის სრული სიფართოთ							
	6*	მარჯვენა ხელი გადააქვს შუა ხაზის გარეთ სათამაშომდე მიწვედენისას							
	7*	მარცხენა ხელი გადააქვს შუა ხაზის გარეთ სათამაშომდე მიწვედენისას							
	8	ბრუნდება მუცელზე მარჯვენა მხრიდან							
	9	ბრუნდება მუცელზე მარცხენა მხრიდან							
			1	2	3	4	5	6	7

პრონირებული - P	10*	თავს სწევს მაგიდიდან							
	11	თავს და მკერდს სწევს მაგიდიდან, ეყრდნობა იდაყვში გაშლილ ხელს							
	12	წინამხრებზე ყრდნობისას ეყრდნობა მარჯვენა ხელს და მეორე ხელს შლის წინ							
	13	წინამხრებზე ყრდნობისას ეყრდნობა მარცხენა ხელს და მეორე ხელს შლის წინ							
	14	ბრუნდება ზურგზე მარჯვენა მხრიდან							
	15	ბრუნდება ზურგზე მარცხენა მხრიდან							
	16	ბრუნდება მარჯვნივ 900-ით კიდურების გამოყენებით							
	17	ბრუნდება მარცხნივ 900-ით კიდურების გამოყენებით							
			1	2	3	4	5	6	7

ბოხა და მუხლებზე დგომა	38	P ცოცავს მუცლით (>180 სმ)							
	39*	ინარჩუნებს 4 წერტილზე დგომის პოზას (10 წამი)							
	40*	ოთხზე დგომიდან ჯდება და ზის ხელებზე ყრდნობის გარეშე							
	41*	P იდებს ოთხზე დგომის პოზას, ეყრდნობა მტევნებს და მუხლებს							
	42*	ოთხზე დგომისას შლის მარჯვენა ხელს მხრის დონის ზემოთ							
	43*	ოთხზე დგომისას შლის მარცხენა ხელს მხრის დონის ზემოთ							
	44*	ოთხზე დგომისას მიხობავს ან მიხტუნავს წინ (>180 სმ)							
	45*	ოთხზე დგომისას მიხობავს წინ რეციპროკული ტიპით (>180 სმ)							
	46*	ოთხზე დგომისას მიხობავს კიბეზე ზევით (4 საფეხური, მტევნებსა და მუხლებზე/ტერფებზე)							
	47*	ოთხზე დგომისას მიხობავს კიბეზე ქვევით (4 საფეხური, მტევნებსა და მუხლებზე/ტერფებზე)							
	48*	ლეიბზე ჯდომიდან ხელების დახმარებით დგება მუხლებზე, დგას თავისუფალი ხელებით 10 წამი							
	49	მუხლებზე დამდგარი ახერხებს ცალი ფეხის გამოტანას და მარჯვენა მუხლზე ყრდნობას ხელების დახმარებით, ინარჩუნებს პოზას თავისუფალი ხელებით (10 წმ)							
	50	მუხლებზე დამდგარი ახერხებს ცალი ფეხის გამოტანას და მარცხენა მუხლზე ყრდნობას ხელების დახმარებით, ინარჩუნებს პოზას თავისუფალი ხელებით (10 წმ)							
	51	მუხლებზე დამდგარი დადის თავისუფალი ხელებით >10 ნაბიჯი							

18*	ჯდომა	S მკვლევარზე ჩაჭიდებით წამოიწვეს დასაჯდომად (თავის კონტროლით)							
19		S გადაბრუნდება მარჯვნივ და წამოჯდება							
20		S გადაბრუნდება მარცხნივ და წამოჯდება							
21*		ლეიბზე დამჯდარი, თერაპისტის მიერ მკერდის ფიქსირებით სწევს თავს, აჭერებს 3 წმ							
22*		ლეიბზე დამჯდარი, თერაპისტის მიერ მკერდის ფიქსირებით თავს სწევს შუა ხაზზე, აჭერებს 10 წმ							
23*		ლეიბზე ზის ხელზე ყრდნობით (5 წამი)							
24*		ლეიბზე ზის თავისუფალი ხელებით (3 წამი)							
25*		ზის ლეიბზე, იხრება წინ, ეხება წინ დადებულ სათამაშოს, სწორდება ხელზე ყრდნობის გარეშე							
26*		ზის ლეიბზე, ეხება სათამაშოს, რომელიც მარჯვნივ, 450-ით უკანაა, უბრუნდება საწყის პოზას							
27*		ზის ლეიბზე, ეხება სათამაშოს, რომელიც მარცხნივ, 450-ით უკანაა, უბრუნდება საწყის პოზას							
28		ზის მარჯვენა გვერდზე თავისუფალი ხელებით (ინარჩუნებს 5 წამი)							
29		ზის მარცხენა გვერდზე თავისუფალი ხელებით (ინარჩუნებს 5 წამი)							
30*		ლეიბზე ჯდომიდან წვება მუცელზე							
31*		გაშლილი ფეხებით ლეიბზე ჯდომიდან დგება ოთხზე მარჯვენა მხრიდან							
32*		გაშლილი ფეხებით ლეიბზე ჯდომიდან დგება ოთხზე მარცხენა მხრიდან							
33		ლეიბზე ჯდომისას ბრუნდება 900-ით ხელების დახმარების გარეშე							
34*		ზის სკამზე თავისუფალი ხელებით (ინარჩუნებს 10 წამი)							
35*		დამდგარი პოზიდან პატარა სკამზე დამოუკიდებლად დაჯდომას ახერხებს							
36*		იატაკიდან პატარა სკამზე დამოუკიდებლად დაჯდომას ახერხებს							
37*	იატაკიდან დიდ სკამზე დამოუკიდებლად დაჯდომას ახერხებს								

52*	დგომა	იატაკიდან წამოიწვეს ასადგომად დიდ სკამზე ყრდნობით							
53*		დგას თავისუფალი ხელებით 3 წამი							
54*		დგას ერთი ხელით დაყრდნობილი დიდ სკამზე, აწეული მარჯვენა ტერფით 3 წამი							
55*		დგას ერთი ხელით დაყრდნობილი დიდ სკამზე, აწეული მარცხენა ტერფით 3 წამი							
56*		დგას თავისუფალი ხელებით 20 წამი							
57*		დგას აწეული მარცხენა ტერფით, თავისუფალი ხელებით 10 წამი							
58*		დგას აწეული მარჯვენა ტერფით, თავისუფალი ხელებით 10 წამი							
59*		დგება პატარა სკამიდან ხელების გამოყენების გარეშე							
60*		მუხლებზე დგომიდან წამოდგება ნახევრად ჩამუხლული მარჯვენა მუხლით, ხელების დახმარების გარეშე							
61*		მუხლებზე დგომიდან წამოდგება ნახევრად ჩამუხლული მარცხენა მუხლით, ხელების დახმარების გარეშე							
62*		დამდგარი ჯდება იატაკზე, ხელები თავისუფალია							
63*		დამდგარი იცუცქება, ხელები თავისუფალია							
64*		დამდგარი იღებს საგნებს იატაკიდან, ხელები თავისუფალია, უბრუნდება მდგომარე პოზას							

65*	სიარული	დამდგარი, ერთი ხელით დაყრდნობილი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი							
66*		დამდგარი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი							
67*		დამდგარი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი, ჩერდება, შეზრუნდება 1800-ით, ბრუნდება უკან							
68*		დამდგარი, მიდის უკანსვლით - 10 ნაბიჯი							
69*		დამდგარი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი, ატარებს დიდ საგანს ორივე ხელით							
70*		დამდგარი, დადის 20 სმ-ით დაშორებულ ორ პარალელურ ხაზს შორის, 10 ნაბიჯი							
71*		დამდგარი, დადის 2 სმ სიგანის სწორ ხაზზე, 10 ნაბიჯი							
72*		დამდგარი, აბიჯებს მარჯვენა ფეხს მუხლის სიმაღლეზე მდებარე ჯოხს							
73*		დამდგარი, აბიჯებს მარცხენა ფეხს მუხლის სიმაღლეზე მდებარე ჯოხს							
74*		დამდგარი, გარბის 4,5 მ, ჩერდება და ბრუნდება							
75*		დამდგარი, ურტყამს ბურთს მარჯვენა ფეხით							
76*		დამდგარი, ურტყამს ბურთს მარცხენა ფეხით							
77*		დამდგარი, ხტება მაღლა 30 სმ ორივე ტერფით ერთად							
78*		დამდგარი, ხტება სიგრძეზე 30 სმ ორივე ტერფით ერთად							
79*		მარჯვენა ფეხზე დამდგარი ხტის 10-ჯერ 60 სმ-იან წრეში							
80*		მარცხენა ფეხზე დამდგარი ხტის 10-ჯერ 60 სმ-იან წრეში							
81*		დამდგარი, ერთი ხელით დაყრდნობილი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი							
82*		დამდგარი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი							
83*		დამდგარი, მიდის წინ 10 ნაბიჯი, ჩერდება, შეზრუნდება 1800-ით, ბრუნდება უკან							

1 2 3 4 5 6 7

84*	კიბეზე ასვლა	დამდგარი, ერთ მოაჯირზე დაყრდნობით ადის კიბეზე 4 საფეხური, ფეხების შენაცვლებით							
85		დამდგარი, ერთ მოაჯირზე დაყრდნობით ჩამოდის კიბეზე 4 საფეხური, ფეხების შენაცვლებით							
86*		დამდგარი, ადის კიბეზე 4 საფეხური, ფეხების შენაცვლებით							
87*		დამდგარი, ჩამოდის კიბეზე 4 საფეხური, ფეხების შენაცვლებით							
88*		15 სმ სიმაღლის საფეხურიდან ჩამოხტება ერთდროულად ორივე ფეხით							

შეფასების მაჩვენებელი
0 – ვერ იწყებს მოქმედებას
1 – იწყებს დამოუკიდებლად
2 – ნაწილობრივ ასრულებს
3 – ასრულებს დამოუკიდებლად

პასუხისმგებელი პირი _____

სპასტიურობის გაზომვა და ანალიზი – "აშუორთის სპასტიურობის შკალა"
(Ashworth Spasticity Scale)

- 0 – არ არის მომატებული
- 1 – მცირედ მომატებული, ვლინდება კიდურის მოხრის ან გაშლის დროს
- 2 – ზომიერად მომატებული, მაგრამ კიდური ადვილად იხრება
- 3 – მნიშვნელოვნად მომატებული, პასიური მოძრაობის გაძნელებით
- 4 – კიდურის რიგიდობა

რეაბილიტაციის კურსი		1	2	3	4	5	6	7
მარჯვენა	ხელი							
მარჯვენა	ფეხი							
	ტერფი							
მარცხენა	ხელი							
მარცხენა	ფეხი							
	ტერფი							

მსხვილი მოტორული ფუნქციის შეფასება/ ფუნქციური უნარი და შეზღუდვის ხარისხი
(მსხვილი მოტორული ფუნქციის კლასიფიკაციის სისტემით - GMFCS)

დონე	უნარი	1	2	3	4	5	6	7
1.	დადის შეზღუდვის გარეშე							
2.	დადის დამხმარე საშუალებების გარეშე, მაგრამ აქვს შეზღუდვები სახლის გარეთ							
3.	დადის დამხმარე საშუალებებით							
4.	გადასაადგილებლად საჭიროებს ტრანსპორტირებას ან ძრავიან გადასაადგილებელ საშუალებას							
5.	მკვეთრად შეზღუდულია, სრულიად დამოკიდებულია ეტლზე							

სიმძიმის შეფასება – "ცერებრული დამბლის სიმძიმის რუსმანის და გეიჯის შკალა"
(Severity of Cerebral Palsy by Russman and Gage)

სიმძიმე	მსხვილი მოტორული	წვრილი მოტორული	IQ	მეტყველება	ზოგადი	1 *
მსუბუქი	დამოუკიდებლად მოსიარულე	შეუზღუდავი ფუნქცია	>70	>2 სიტყვაზე	დამოუკიდებელი	
საშუალო	ცოცვა ან სიარული დახმარებით	შეზღუდული ფუნქცია	50-70	ერთეული სიტყვები	საჭიროებს დახმარებას	
მძიმე	ლოკომოცია არ არის	ფუნქციის არარსებობა	<50	მძიმე დაზიანება	ტოტალური მეურვეობა	

1* – ივსება აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის შედგენისას

ინდივიდუალური მიზნები და განხორციელების სტრატეგია

გრძელვადიანი მიზნები:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----

მოკლევადიანი მიზნები:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----

მშობელი,
სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირი
სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის დაგეგმილი გრაფიკის შესრულება												
N	დაწყების თარიღი	დამთავრების თარიღი	ჩატარებული სესიების რაოდენობა	თერაპიული ინტერვენცია						ექიმის მეთვალყურეობა	ბავშვის მშობლის ფსიქოლოგიური დახმარება	მშობლის ხელისშეწყობა
				ფიზიკური თერაპია	ოკუპაციური თერაპია	მეტყველებისა და ენის თერაპია	ფსიქოლოგიური კორექცია	ქვეითი თერაპია	მშობლის განათლება			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

შედეგი:

დასკვნა (მიღწეული შედეგი – რეალური მდგომარეობა)

1. -----
2. -----
3. -----

რეკომენდაციები სამომავლო აქტივობების შეახებ*

მშობელი,
სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირი
სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

ბენეფიციარის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის/სააღმზრდელო დაწესებულების უფლებამოსილი პირის (შემდგომში „მშობლის“) ინფორმირებული თანხმობა

მე/ჩვენ ინფორმირებული ვართ, რომ ჩვენსა და მომსახურების მომწოდებელ ორგანიზაციას შორის გაფორმდება ხელშეკრულება განმავლობაში.

მე/ჩვენ ინფორმირებული ვართ ჩვენი შვილისა და ჩემი/ჩვენი, როგორც მშობლის/ების უფლებების შესახებ ამ პროგრამის ფარგლებში.

მე/ჩვენ ინფორმირებული ვართ, რომ იწყება ჩემი/ჩვენი შვილის შეფასების პროცესი, რომელიც განხორციელდება სხვადასხვა სპეციალისტის/ების მიერ; თანახმანი ვართ მივიღოთ აქტიური მონაწილეობა და ხელი შევუწყოთ ამ პროცესს; ვაცნობიერებთ, რომ შეფასებისას გადაღებულ იქნება ფოტო და ვიდეო მასალა, მისი განხილვის უფლებას ვაძლევთ მულტიდისციპლინური გუნდის წევრებს.

მე/ჩვენ ინფორმირებული ვართ, რომ ორგანიზაცია შეინარჩუნებს ბავშვისა თუ ოჯახზე მიღებული ინფორმაციის კონფიდენციალობას და ინფორმაციის გავრცელების საჭიროების შემთხვევაში ჩვენგან აიღებს სიტყვიერ/წერილობით თანხმობას.

მე/ჩვენ გაცნობიერებული გვაქვს, რომ ჩემი /ჩვენი მონაწილეობა და თანხმობა მომავალში ინდივიდუალური ჩარევის გეგმის შექმნასა და განხორციელებაზე ნებაყოფლობითია და ყოველთვის შეგვიძლია შევიტანოთ ცვლილებები მომსახურების მომწოდებელი ორგანიზაციასთან შეთანხმებით.

მე/ ჩვენ პასუხისმგებლობას ვიღებ/თ მონაწილეობა მივიღო/თ ინდივიდუალური გეგმის შემუშავების და მისი გადაფასების პროცესში, რისთვისაც ჩავერთვებით მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობაში.

მე/ჩვენ გაცნობილნი ვართ სახელმწიფო პროგრამას, დაფინანსების წესს და პროგრამით გაწერილ მოთხოვნებს, მათ შორის მოთხოვნას, რომ ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილება უქმდება ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით დაგეგმილ კურსზე ზედიზედ 30 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის ან კურსით გათვალისწინებული მომსახურების 30 კალენდარული დღის ვადაში სრულად გამოუყენებლობის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში, მოხდება ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით და მთელ ძალისხმევას გამოვიყენებთ, რომ არ დავარღვიოთ ინდივიდუალური გეგმით დამტკიცებული მომსახურების გრაფიკი.

მე/ჩვენ აქტიურად ვიქნებით ჩართული ინდივიდუალური ჩარევის გეგმის განხორციელების პროცესში, გავითვალისწინებთ სპეციალისტების რეკომენდაციებს.

მშობელი,

სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა ----- თარიღი -----

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირი

სახელი, გვარი ----- ხელმოწერა -----თარიღი -----

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია მიმწოდებელის მიერ დაგეგმილი მომსახურების შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება -----

მისამართი -----

საანგარიშო პერიოდი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვით/თვე/წელი)	დიაგნოზი	მისამართი (ფაქტობრივი, რეგიონი)	მისამართი (ფაქტობრივი, რაიონი/ქალაქი, დასახლებული პუნქტი/ქუჩა, სახლი)	საკონტაქტო ტელეფონი	პრიორიტეტი (რინტეგრირებული/მინდობითი აღზრდა/სააღმზრდელო დაწესებულების ბენეფიციარი/გასული 12 თვის მოსარგებლე, გადაუდებელი საჭიროების მქონე ბავშვები (ორთოპედული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი))	სარეაბილიტაციო კურსის (კურსების)								განცხადების თარიღი
								რეკომენდებული რაოდენობა	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	დაწყების თარიღი (რიცხვით/თვე)	
1	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1																
2																
3																
4																
5																

– მომსახურების მიმწოდებელი დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ადგენს ბენეფიციარის სამიზნე ჯგუფისადმი კუთვნილებას; ბენეფიციარის ინდივიდუალური რეაბილიტაციის რეკომენდებული გეგმის შემუშავებას, სადაც მითითებული იქნება წლის განმავლობაში პროგრამით გათვალისწინებული სარეაბილიტაციო კურსის (კურსების) შესაბამისი რეკომენდებული რაოდენობა და ამ კურსის (კურსების) დაწყების თარიღები;

– ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილება უქმდება ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით დაგეგმილ კურსზე ზედიზედ 30 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის ან კურსით გათვალისწინებული მომსახურების 30 კალენდარული დღის ვადაში სრულად გამოუყენებლობის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში, უნდა მოხდეს ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით.

– ინფორმაციას მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება აგზავნის დოკუმენტაციის მიღებიდან 10 სამუშაო დღის ვადაში, მომსახურების დაწყებამდე, ელოდება დადასტურებას სააგენტოდან, რაც ითვლება ბენეფიციარის ქვეპროგრამაში ჩართვის დასტურად.

– მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება უზრუნველყოფს ბენეფიციართა კანონიერი წარმომადგენლის / მიმღები მშობლის ინფორმირებას მომსახურების მიწოდების შეზღუდვის და სხვა პირობების შესახებ.

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი -----

ხელმოწერა-----

ბ.ა.

თარიღი-----

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____
 მისამართი -----
 საანგარიშო პერიოდი -----
 ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	უკვე ჩატარებული კურსების რაოდენობა	დაგეგმილი კურსის თარიღი, რომელზეც არ გამოცხადდა ან არ იქნა სრულად გამოყენებული
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ბენეფიციარის ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილება უქმდება ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით დაგეგმილ კურსზე ზედიზედ 30 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის ან კურსით გათვალისწინებული მომსახურების 30 კალენდარული დღის ვადაში სრულად გამოუყენებლობის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში, უნდა მოხდეს ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით. აღნიშნული შეზღუდვის, ისევე როგორც რეაბილიტაციის პროგრამაში მონაწილეობის სხვა პარამეტრებისა და ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის შესახებ, ბენეფიციარის მშობელი/კანონიერი წარმომადგენელი/მინდობით აღმზრდელი/სააღმზრდელი დაწესებულების უფლებამოსილი პირი ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ.

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი-----

ხელისმოწერა

ბ.ა.

თარიღი-----

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება -----

მისამართი -----

საანგარიშო პერიოდი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ				ინფორმაცია გაწეული მომსახურების შესახებ (სეანსების რაოდენობა)					მომსახურების დაფინანსებისთვის მოთხოვნილი თანხა	ინფორმაცია ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის შესახებ		
	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვით/თვე/წელი)	შესაბამისი სპეციალისტის კონსულტაცია	სამკურნალო მასაჟი	ფიზიოთერაპიული მანიპულაციები	ფოზიკური თერაპია	სულ სეანსების რაოდენობა		სახელი	გვარი	ხელისმოწერა
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													
	სულ												

გაწეული მომსახურება ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არა უმეტეს თვეში 250 ლარის ოდენობით.

აღნიშნული შეზღუდვის, ისევე როგორც რეაბილიტაციის პროგრამაში მონაწილეობის სხვა პარამეტრების შესახებ ბენეფიციარის მშობელი/კანონიერი წარმომადგენელი ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი
თარიღი -----

ხელმოწერა ---
ბ.ა.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია მიმწოდებელის მიერ დაგეგმილი მომსახურების კორექტირების შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____
 ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი _____

N	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე /წელი)	პროგრამაში ჩართვის შესახებ მიღებული გადაწყვეტილების თარიღი	დასაკორექტირებელი სარეაბილიტაციო კურსის (კურსების)							შენიშვნა
						დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	დაწყებისთარიღი (რიცხვი/თვე)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													
5													

– მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება უზრუნველყოფს ბენეფიციართა კანონიერი წარმომადგენლის / მიმღები მშობლის ინფორმირებას დაფინანსების და მომსახურების მიწოდების პირობების შესახებ

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა
 ბ.ა.
 თარიღი

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა
ინფორმაცია ბენეფიციართა წინა თვეში მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

სახლის მისამართი _____

სახლის კოდი _____ ლიმიტი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

№	არამატერიალიზებული ვაუჩერის №	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი რიცხვი/თვე/წელი	სათემო ორგანიზაციაში გატარებული დღეების რაოდენობა	საანგარიშო პერიოდში ჩარიცხვა (რიცხვი/თვე/წელი)	საანგარიშო პერიოდში ამორიცხვა (რიცხვი/თვე/წელი)

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----
 თარიღი ----- ბ.ა

შენიშვნა: ფორმა N1.12.2 იგზავნება მიმწოდებელისგან სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში გაწეული მომსახურების შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულმა ერთეულმა მომდევნო ერთი სამუშაო დღის ვადაში უნდა ასახოს მონაცემები კომპიუტერულ პროგრამა „chaid“-ში და გადააგზავნოს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვთა სპეციალიზებული საოჯახო ტიპის მომსახურების ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართა წინა თვეში მომსახურებით სარგებლობის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

სახლის მისამართი _____

სახლის კოდი _____ ლიმიტი _____

საანგარიშო პერიოდი ----- თვე, წელი

№	არამატერიალიზებული ვაუჩერის №	სახელი	გვარი	პირადი ნომერი	დაბადების თარიღი რიცხვი/თვე/წელი	შშმ ბავშვი	სპეციალიზებულ მცირე საოჯახო ტიპის სახლში გატარებული დღეების რაოდენობა	საანგარიშო პერიოდში ჩარიცხვა (რიცხვი/თვე/წელი)	საანგარიშო პერიოდში ამორიცხვა (რიცხვი/თვე/წელი)

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----

თარიღი ----- ბ.ა

შენიშვნა: ფორმა N1.14.2 იგზავნება მიმწოდებელისგან სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში გაწეული მომსახურების შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. სააგენტოს ტერიტორიულმა ერთეულმა მომდევნო ერთი სამუშაო დღის ვადაში უნდა ასახოს მონაცემები კომპიუტერულ პროგრამა „chaid“-ში და გადააგზავნოს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში.

**სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო
პროგრამა
მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების
მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა**

ინფორმაცია მაძიებელთა შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება -----

მისამართი -----

საანგარიშო პერიოდი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	მისამართი (ვაქტიური)			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 სახელი, გვარი -----
თარიღი -----

ხელისმოწერა -----
ბ.ა.

ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა (იმგ) N

ორგანიზაციის დასახელება: -----

შევსების 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 შემწეობის მიმღები ოჯახის ბავშვი <input type="checkbox"/> მინდობით აღზრდაში მყოფი ბავშვი

ინდივიდუალური მომსახურების მიმწოდებელი სპეციალისტები

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

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

სერვისის მომწოდებლის პასუხისმგებელი პირის ხელისმოწერა _____

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 ზავშეზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა

მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების
 მქონე ზავშეთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა
 ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება-----
 მისამართი-----
 საანგარიშო პერიოდი-----
 ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ				ინფორმაცია გაწეული მომსახურების შესახებ					სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურების დაფინანსებისა თვის მოთხოვნილი თანხა	ინფორმაცია ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის შესახებ		
	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვითი/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 სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----
 თარიღი ----- ბ.ა.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
 მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების

მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

მისამართი -----

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი -----

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							

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი -----
 თარიღი -----

ხელისმოწერა -----
 ბ.ა

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამა
 მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხებისმქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების
 გაუქმების საფუძვლის შესახებ

მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება _____

მისამართი -----

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 სახელი, გვარი ----- ხელისმოწერა -----
 თარიღი -----

ბ.ა