



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030409180825014

04-128/ო

01 / მაისი / 2014 წ.

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 2014 წლის 14 აპრილის N291 დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის /აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით გამოსაყენებელი ფორმების და ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის“ 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამის „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (დანართი N1.3) 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 საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 14 აპრილის N291 დადგენილებით (შემდგომში - დადგენილება) დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის /აბილიტაციის“ ქვეპროგრამის (დანართი 1.3.) მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მიზნობრივი ჯგუფებისთვის გამოსაყენებული ფორმები:

- ა) „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის“ თანდართული ფორმა (დანართი N1);
- ბ) „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის (ვრცელი ფორმა)“ თანდართული ფორმა (დანართი N2);
- გ) „ინფორმაციამიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი მომსახურების შესახებ“ თანდართული ფორმა (დანართი N3) და „ინფორმაცია დაგეგმილი მომსახურების კორექტირების შესახებ“ (დანართი N3.1);
- დ) „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N4);
- ე) „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების შესახებ“ (დანართი N5);

ვ) „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ (დანართი N6).

2. დამტკიცდეს დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის /აბილიტაციის“ ქვეპროგრამის (დანართი 1.3.) მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მიზნობრივი ჯგუფისთვის გამოსაყენებული ფორმა „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N7);

3. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა (დანართი N1) წარმოადგენს ბენეფიციარის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის და სარეაბილიტაციო კურსების დაგეგმვის საფუძველს (მიუხედავად იმისა, ბენეფიციარი უკვე ჩართულია სახელმწიფო პროგრამაში სხვა მომწოდებლის მიერ წარმოდგენილი განაცხადით) და ივსება მომსახურების მომწოდებლის მიერ შესაბამის სპეციალისტთა ინტერდისციპლინური გუნდის და ბენეფიციარის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ჩართულობით, წელიწადში ერთხელ, მიუხედავად მომსახურების მომწოდებლის შესაძლო ცვლილებისა და შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს ცენტრალურ აპარატს ან შესაბამის ტერიტორიულ ერთეულს (შემდგომში სააგენტოს) პირის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის/სააღმზრდელი დაწესებულების უფლებამოსილი პირის მიერ მომწოდებლისათვის მიმართვისა და ყველა მოთხოვნილი დოკუმენტის ჩაბარებიდან არაუგვიანეს 10 სამუშაო დღის ვადაში.

4. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმა (ვრცელი ფორმა) (დანართი N2) ივსება მომსახურების მომწოდებლის მიერ შესაბამის სპეციალისტთა ინტერდისციპლინური გუნდის და ბენეფიციარის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ჩართულობით და ინახება მომწოდებელთან მომსახურების დამთავრებიდან არანაკლებ 6 წლის განმავლობაში. სარეაბილიტაციო გეგმაში კორექტირების შეტანის შემთხვევაში, კეთდება შესაბამისი აღნიშვნები. აღნიშნულ ფორმაში შეტანილი ინფორმაცია შესაძლებელია გაიცეს ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის მოთხოვნისას და მიეწოდოს შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ სხვა მომწოდებელს, ასევე მიეწოდოს სააგენტოს მოთხოვნისთანავე, როგორც დოკუმენტური ასევე ელექტრონული სახით. აღნიშნული ფორმის შევსება არ ათავისუფლებს მომსახურების მომწოდებელს კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა აუცილებელი დოკუმენტების წარმოების ვალდებულებისგან. ინდივიდუალური აბილიტაციის/ რეაბილიტაციის წლიურ გეგმაში კორექტირების შეტანის შემთხვევაში, კეთდება შესაბამისი აღნიშვნები.

5. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია მიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი მომსახურების მიწოდების შესახებ“ თანდართული ფორმა (დანართი N3) წარმოადგენს ნაერთ ცხრილს, რომელიც შესაბამის წერილობით მიმართვასთან 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 კომპიუტერული პროგრამის შედგენა-კორექტირება.

6. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია დაგეგმილი მომსახურების კორექტირების შესახებ“ (დანართი N3.1) გამოიყენება „ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამის“ ფარგლებში დაგეგმილ მომსახურებაში შეტანილი კორექტირების შემთხვევაში.

7. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N4) გამოიყენება დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (დანართი N1.3) მე-4 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, ივსება მომსახურების შესაბამისი კურსის დასრულების შემდეგ და შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს, არაუგვიანეს კურსის დამთავრების შემდეგ თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. იგი წარმოადგენს მომსახურების ანაზღაურების მოთხოვნის აუცილებელ დოკუმენტს.

8. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების შესახებ“ (დანართი N5):

ა) გამოიყენება დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (დანართი N1.3) მე-3 მუხლის მე-2 „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით ზედიზედ 60 კალენდარულ

დღეზე მეტის გაცდენის შესახებ;

ბ) წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელიც შემთხვევის დადგომიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს და რომლის საფუძველზეც, ხდება ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების გაუქმება დაგეგმილ კურსზე ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით ზედიზედ 60 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში, უნდა მოხდეს ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით. აღნიშნული შეზღუდვის, ისევე როგორც რეაბილიტაციის პროგრამაში მონაწილეობის სხვა პარამეტრების და ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის შესახებ ბენეფიციარის მშობელი/კანონიერი წარმომადგენელი/მინდობით აღმზრდელი/სააღმზრდელო დაწესებულების უფლებამოსილი პირი ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ.

9. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული „ინფორმაცია ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის გადაწყვეტილების შესახებ“ (დანართი N6) ივსება სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული პრიორიტეტების და ლიმიტების გათვალისწინებით სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის მიერ:

ა) დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (დანართი N1.3) მე-3 მუხლის მე-2 „ბ.ბ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების და მომსახურების მომწოდებლის ინფორმირების დროს;

ბ) სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული პრიორიტეტების და ლიმიტების შესაბამისად ბენეფიციარის პროგრამაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას და ეგზავნება მომსახურების მომწოდებელს გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში, რის შემდეგაც, მომსახურების მომწოდებლის მიერ ხდება ბენეფიციარის ინფორმირება.

10. ამ ბრძანების მეორე პუნქტით გათვალისწინებული ფორმა - „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N7) გამოიყენება დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ (დანართი N1.3) მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მიზნობრივი ჯგუფისათვის, ივსება მომსახურების შესაბამისი კურსის დასრულების შემდეგ და შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, წარედგინება სააგენტოს, არაუგვიანეს კურსის დამთავრების შემდეგი თვის 5 რიცხვის ჩათვლით. იგი წარმოადგენს მომსახურების ანაზღაურების მოთხოვნის აუცილებელ დოკუმენტს.

11. აღნიშნული ბრძანების ძალაში შესვლამდე, სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2013 წლის 5 აპრილის N04-167/ო ბრძანებით დამტკიცებული ფორმით, სააგენტოში წარმოდგენილი „ინფორმაცია მიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი მომსახურების მიწოდების შესახებ“ ჩაითვალოს ვალიდურად და მოხდეს ბენეფიციართა ჩართვა მომსახურებაში, ხოლო მათი „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის“ თანდართული ფორმის (დანართი N1) და „ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გეგმის (ვრცელი ფორმა)“ თანდართული ფორმის (დანართი N2) შევსება და სააგენტოში შესაბამისი წესით გადმოგზავნა მოხდეს მიმდინარე წლის 1 ივლისამდე პერიოდში.

12. 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.

13. სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტის სოციალური პროგრამების სამმართველომ (ვ. გაზდელიანი) უზრუნველყოს:

ა) მომსახურების მომწოდებელ 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 „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ ადმინისტრირებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებზე.

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

15. კონტროლი ბრძანების შესრულებაზე დაევალოს სააგენტოს დირექტორის მოადგილეს -ზ. სოფრომაძეს.

16. ძალადაკარგულად გამოცხადდეს სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2013 წლის 5 აპრილის N04-167/ო ბრძანება „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2013 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 28 მარტის N74 დადგენილებით დამტკიცებული „ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის“ ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე“.

17. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ნოე ქინქლაძე

ნ. ქინქლაძე

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გეგმა N

ორგანიზაციის დასახელება: -----

შეესების 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"/>
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)	
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 <input type="checkbox"/> გასული 12 თვის მოსარგებლე <input type="checkbox"/> სააღმზრდელ დაწესებულებაში მყოფი

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გრაფიკი (დაწყების თარიღი - დდ/თთ/წწ)					

ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის გეგმა				
მომსახურების ტიპი	სპეციალისტის სახელი, გვარი	1 კურსზე სესიების რაოდენობა (დაახლოებით)	ერთი სესიის 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)	
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
ოჯახის ქულა (პროგრამაში ჩართვის მომენტში)	
სახელმწიფო დაფინანსების წილი	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 75%
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 (2014 წლის განმავლობაში)	<input type="checkbox"/> პირველადი <input type="checkbox"/> განმეორებითი (ამავე მომწოდებლის) <input type="checkbox"/> სხვა პროვაიდერისგან გადმოსული <input type="checkbox"/> სხვა პროვაიდერის დასახელება -----

ბავშვის ინდივიდუალური რეაბილიტაციის/აბილიტაციის წლიური გეგმა

ინდივიდუალური აბილიტაციის/რეაბილიტაციის წლიური გრაფიკი						
	დაწყების სავარაუდო თარიღი	კორექტირება	დაწყების რეალური თარიღი	თანხა	დაფინანსების წყარო	შემსრულებელი (პროვაიდერი)
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	<input type="checkbox"/>	წლიური შეფასება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
სპეციალისტი: -----	შეფასება	გადაფასება	<input type="checkbox"/>	წლიური შეფასება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
სპეციალისტი: -----	შეფასება	გადაფასება	<input type="checkbox"/>	წლიური შეფასება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
სპეციალისტი: -----	შეფასება	გადაფასება	<input type="checkbox"/>	წლიური შეფასება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
სპეციალისტი: -----	შეფასება	გადაფასება	<input type="checkbox"/>	წლიური შეფასება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, დეჰარცხნა, 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 ღრუს 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/ეტილი/ხოხვა – 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

1	სუპინირებული - S	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 სიფართით						
5		მარცხენა ბარძაყს და მუხლს ხრის სრული სიფართით						
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

10*	პრონირებული - P	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

38	ხოხვა და მუხლებზე დგომა	P ცოცავს მუცლით (>180 სმ)					
39*		ინარჩუნებს 4 წერტილზე დგომის პოზას (10 წამი)					
40*		ოთხზე დგომიდან ჯდება და ზის ხელებზე ყრდნობის გარეშე					
41*		P იღებს 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*		ლეიზე 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*	ჯდომბ	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, აჩერებს 3 წმ								
22*		ლეიბზე დამჯდარი, თერაპისტის მიერ მკერდის ფიქსირებით თავს სწევს შუა ხაზზე, აჩერებს 10 წმ								
23*		ლეიბზე ზის ხელეზე ყრდნობით (5 წამი)								
24*		ლეიბზე ზის თავისუფალი ხელეზე (3 წამი)								
25*		ზის ლეიბზე, იხრება წინ, ეხება წინ დადებულ სათამაშოს, სწორდება ხელეზე 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 ხელეზე (ინარჩუნებს 5 წამი)								
29		ზის მარცხენა გვერდზე თავისუფალი ხელეზე (ინარჩუნებს 5 წამი)								
30*		ლეიბზე ჯდომიდან წვება მუცელზე								
31*		გამლილი ფეხებით ლეიბზე ჯდომიდან დგება ოთხზე მარჯვენა მხრიდან								
32*		გამლილი ფეხებით ლეიბზე ჯდომიდან დგება ოთხზე მარცხენა მხრიდან								
33		ლეიბზე ჯდომისას ბრუნდება 900-ით ხელეების დახმარების გარეშე								
34*		ზის სკამზე თავისუფალი ხელეზე (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*	დგომბ	იატაკიდან წამოიწვეს ასადგომად დიდ სკამზე ყრდნობით								
53*		დგას თავისუფალი ხელეზე 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 ხელეზე 20 წამი								
57*		დგას აწეული მარცხენა ტერფით, თავისუფალი ხელეზე 10 წამი								
58*		დგას აწეული მარჯვენა ტერფით, თავისუფალი ხელეზე 10 წამი								
59*		დგება პატარა სკამიდან ხელეების გამოყენების გარეშე								
60*		მუხლებზე დგომიდან წამოდგება ნახევრად ჩამუხლული მარჯვენა მუხლით, ხელეების დახმარების გარეშე								
61*		მუხლებზე დგომიდან წამოდგება ნახევრად ჩამუხლული მარცხენა მუხლით, ხელეების დახმარების გარეშე								
62*		დამდგარი ჯდება იატაკზე, ხელეები თავისუფალია								
63*		დამდგარი იცუცქება, ხელეები თავისუფალია								
64*		დამდგარი იღებს საგნებს იატაკიდან, ხელეები 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, შებრუნდება 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, შებრუნდება 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	შეზღუდული 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

ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის პროგრამა, 2014

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 სეანსების რაოდენობა	თერაპიული ინტერვენცია						ექიმის მეთვალყურეობა	ბავშვის მშობლის ფსიქოლოგიური დახმარება	მშობლის ხელისმძღვერა
				ფიზიკური თერაპია	ოკუპაციური თერაპია	მეტყველების და ენის თერაპია	ფსიქოლოგიური კორექცია	ქმედითი თერაპია	მშობელთა განათლება			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

შედეგი:

დასკვნა (მიღწეული შედეგი – რეალური მდგომარეობა)

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

რეკომენდაციები სამომავლო აქტივობების შესახებ*

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

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

ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის პროგრამა, 2014
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 შევეწყოთ ამ პროცესს; ვაცნობიერებთ, რომ შეფასებისას გადადებულ 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 დაგეგმილ კურსზე ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით ზედიზედ 60 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში უნდა მოხდეს 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 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა
ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა
ინფორმაცია მიმწოდებელის მიერ დაგეგმილი მომსახურების შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____

ინფორმაციის წარმოდგენის
თარიღი

(რიცხვი/თვე/წელი)

N	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	დიაგნოზი	მისამართი (ფაქტობრივი, რეგიონი/რაიონი/ქალაქი)	მისამართი (ფაქტობრივი, დასახლებული პუნქტი/ქუჩა, სახლი)	საკონტაქტო ტელეფონი	პრიორიტეტი (რეინტეგრირებული/მინდობითი აღზრდა/სააღმზრდელო დაწესებულების ბენეფიციარი/გასული 12 თვის მოსარგებლე)	სარეაბილიტაციო კურსის (კურსების)								შენიშვნა
										რეკომენდებული რაოდენობა	დაწყებისთარიღი	დაწყებისთარიღი	დაწყებისთარიღი	დაწყებისთარიღი	დაწყებისთარიღი	დაწყებისთარიღი	დაწყებისთარიღი	
1	2	3	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 და/ან კორექტირებას, სადაც მითითებული იქნება 2014 წლის განმავლობაში პროგრამით გათვალისწინებული სარეაბილიტაციო კურსის (კურსების) შესაბამისი რეკომენდებული რაოდენობა და ამ კურსის (კურსების) დაწყების თარიღები;
- ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილება უქმდება დაგეგმილ კურსზე ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით ზედიზედ 60 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის შემთხვევაში. ამ შემთხვევაში უნდა მოხდეს ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით.
- ინფორმაციის მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება აგზავნის დოკუმენტაციის მიღებიდან 10 სამუშაო დღის ვადაში, მომსახურების დაწყებამდე, ელოდება დადასტურებას სააგენტოდან (ბენეფიციარის ქულების და სტატუსის მითითებით), რაც ითვლება ბენეფიციარის ქვეპროგრამაში ჩართვის დასტურად.
- მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება უზრუნველყოფს ბენეფიციართა კანონიერი წარმომადგენლის / მიმღები შშობლის ინფორმირებას დაფინანსების და მომსახურების მიწოდების პირობების შესახებ

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა
ბ.ა.
თარიღი

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2014 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)	უკვე ჩატარებული კურსების რაოდენობა	დასაკორექტირებელი სარეაბილიტაციო კურსის (კურსების)							შენიშვნა
						დაწყების თარიღი	დაწყების თარიღი	დაწყების თარიღი	დაწყების თარიღი	დაწყების თარიღი	დაწყების თარიღი	დაწყების თარიღი	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													
5													

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

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა

ბ.ა.

თარიღი

სოციალური რეაბილიტაციის და ზავშეზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა

ზავშეთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი --- --- ---

(რიცხვი/თვე/წელი)

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ				ინფორმაცია გაწეული მომსახურების შესახებ					ინფორმაცია დაფინანსების შესახებ		ინფორმაცია ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის შესახებ		
	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	მომსახურების დაწყების თარიღი	სულ ჩატარებული სესიების რაოდენობა	თერაპიული ინტერვენცია	ექიმის მეთვალყურეობა	ზავშეის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ფსიქოლოგიური დახმარება	მომსახურების დაფინანსების წილი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში (%)	სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურების დაფინანსებისათვის მოთხოვნილი თანხა	სახელი	გვარი	ხელისმოწერა
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
4														
	სულ													

ბენეფიციარებისთვის რეაბილიტაციის კურსი ჩატარებულია საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 14 აპრილის N 291 დადგენილებით დამტკიცებული "სოციალური რეაბილიტაციისა და ზავშეზე ზრუნვის" 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამის და „ცერებრული დამბლა“ – კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინი) კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 18 დეკემბრის N278/ო ბრძანების შესაბამისად;

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა
თარიღი:

ბ.ა.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა

ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის გადაწყვეტილების გაუქმების შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი

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

ბენეფიციარის მომსახურებაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილება უქმდება დაგეგმილ კურსზე ბენეფიციარის მიერ ნებისმიერი მიზეზით ზედიზედ 60 კალენდარული დღის ვადაში გამოუცხადებლობის 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/სააღმზრდელო დაწესებულების უფლებამოსილი პირი ინფორმირებული უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებლის მიერ

ხელმძღვანელი პირის ხელისმოწერა

ბ.ა.

თარიღი

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა

ბავშვთა რეაბილიტაციის/აბილიტაციის ქვეპროგრამა

ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

დაწესებულების დასახელება _____

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი --- --- ---

(რიცხვი/თვე/წელი)

N	ინფორმაცია ბენეფიციარის შესახებ				ინფორმაცია გაწეული მომსახურების შესახებ (სეანსების რაოდენობა)					ინფორმაცია დაფინანსების შესახებ	ინფორმაცია ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის შესახებ		
	გვარი	სახელი	პირადი N	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	შესაბამისი სპეციალისტის კონსულტაცია	სამკურნალო მასაჟი	ფიზიოთერაპიული მანუალური მანუალური	ფიზიკური თერაპია	სულ სეანსების რაოდენობა		მომსახურების დაფინანსებისთვის მოთხოვნილი თანხა	სახელი	გვარი
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 ხელისმოწერა
თარიღი:

ბ.ა.