



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030416349607814

№ 04-130/ო

02 / მაისი / 2014 წ.

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 14 აპრილის N291 დადგენილებით და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 26 თებერვლის N52/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან მისი გაყვანის წესი და პირობებით“ (დანართი №1) გათვალისწინებული საკითხების ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე

„სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 14 აპრილის N291 დადგენილებით დამტკიცებული „მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის“ (დანართი 1.11) მე-4 მუხლის მე-6 პუნქტის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 26 თებერვლის N52 ბრძანებით დამტკიცებული „სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან მისი გაყვანის წესი და პირობების“ (დანართი N 1) 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:

- ა) მამიებლის ანკეტა (დანართი N1);
- ბ) მიუსაფარ ბავშვთა დღის ცენტრში და კრიზისული ინტერვენციის თავშესაფარში პირის ჩარიცხვა/ამორიცხვის შესახებ მისაღები გადაწყვეტილების ფორმა (დანართი N 2);
- გ) მიუსაფარ ბავშვთან განხორციელებული ვიზიტის ჩანაწერის ფორმა (დანართი N 3);
- დ) მიმწოდებლის მიერ, საანგარიშო პერიოდში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა („ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N 4);
- ე) მიმწოდებლის მიერ, საანგარიშო პერიოდში გაწეული მომსახურების თაობაზე ინფორმაციის წარმოდგენის ფორმა („ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N 5);
- ვ) „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ ტრანზიტული ცენტრი“(დანართი N 6);
- ზ) „მობილური ჯგუფის მომსახურებით უზრუნველყოფის ფორმა“ (დანართი N 7).

2. ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“, „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული მოქმედებების შესრულებაზე უფლებამოსილ პირებად განისაზღვრონ სააგენტოს შემდეგი უფროსი სოციალური მუშაკები:

- ა) ანა ჯველაური;
- ბ) ნინო დანელია;

3. ამავე ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“, „ე“ და „ვ“ ქვეპუნქტებით დამტკიცებული ფორმები („ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N 4, დანართი N 5) და „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ ტრანზიტული ცენტრი“ (დანართი N6) მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, მიმწოდებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის და უფლებამოსილი უფროსი სოციალური მუშაკის მიერ ხელმოწერილი, დათარიღებული და ბეჭდით დამოწმებული დოკუმენტი, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად, მომსახურების გაწევის შემდეგი თვის 10 რიცხვის ჩათვლით, ხოლო პირველი პუნქტის „ზ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „მობილური ჯგუფის მომსახურებით უზრუნველყოფის ფორმა“ (დანართი N7) მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში, მიმწოდებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ ხელმოწერილი, დათარიღებული და ბეჭდით დამოწმებული დოკუმენტი, შესაბამის წერილობით მიმართვასთან ერთად მომსახურების მიწოდების თვის მომდევნო თვის 5 რიცხვამდე. აღნიშნული ინფორმაცია წარმოადგენს გაწეული მომსახურების დაფინანსების აუცილებელ პირობას და შესაბამისი მიმწოდებლისთვის მიმდინარე თვეში ვაუჩერით დაფინანსებული მომსახურების ჯამურად გადასარიცხი თანხის გამოთვლის საფუძველს.

4. „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“(დანართი N4) „ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ ტრანზიტული ცენტრი“ (დანართი N6) და („ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ“ (დანართი N5) ფორმებს შორის გატარებული დღეების რაოდენობაში ცდომილების შემთხვევაში, უპირატესად ჩაითვლება დანართი N5.

5. სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეული ვალდებულია, უზრუნველყოს:

ა) ამ ბრძანების 1-ლი პუნქტის „დ“, „ე“, „ვ“ და „ზ“ ქვეპუნქტებით დამტკიცებული ფორმით მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილი, ინფორმაციის:

ა.ა) გადაგზავნა სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (2 სამუშაო დღის ვადაში), ელექტრონული ფორმით, დოკუმენტრუნვის ელექტრონული სისტემის (დეს) საშუალებით;

ა.ბ) დაცულობა, არანაკლებ სახელმწიფო პროგრამის მოქმედების პერიოდის შემდგომი ექვსი წლის განმავლობაში;

ბ) მომსახურების მიმწოდებელ პირთა ინფორმირება და საჭირო განმარტებების მიწოდება ამ ბრძანების

პირველი პუნქტით დამტკიცებული ფორმის და ინფორმაციის მოწოდების პირობების თაობაზე;

6. სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობისა და სოციალური პროგრამების დეპარტამენტმა (მ.წერეთელი) უზრუნველყოს სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულებისათვის საჭირო ინფორმაციისა და განმარტებების მიწოდება ამ ბრძანებასა და “მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის“ ადმინისტრირებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებზე.

7. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე) უზრუნველყოს:

ა) წინამდებარე ბრძანების მე-2 პუნქტის შესაბამისი პირობისათვის გაცნობა;

ბ) ამ ბრძანების პირველი პუნქტით დამტკიცებული „ა“, „ბ“ და „გ“ ფორმების „დოკუმენტბრუნვის ელექტრონულ სისტემასთან“ შესაბამისობა;

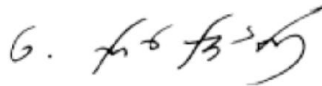
გ) წინამდებარე ბრძანებისა და ამავე ბრძანებით დამტკიცებული ფორმების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე: ssa.gov.ge.

8. კონტროლი ბრძანების შესრულებაზე დაევალოს სააგენტოს დირექტორის მოადგილე – ზ.სოფრომაძეს.

9. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ნოე ქინქლაძე



მაძიებლის ანკეტა

	შემთხვევის ნომერი	01-01-1		შენიშვნა:
1	კონტაქტის დამყარების თარიღი			შენიშვნა:
2	კონტაქტის დამყარების ადგილი	რაიონი	ქუჩა	შენიშვნა:
3	ბავშვის სახელი და გვარი სარეგისტრაციო დოკუმენტაციის მიხედვით			შენიშვნა:
4	პირობითი სახელი და გვარი			შენიშვნა:
5	მეტსახელი			შენიშვნა:
6	ასაკი			შენიშვნა:
7	მიახლოებითი ასაკი			შენიშვნა:
8	დაბადების თარიღი	გთხოვთ, მიუთითოთ წყარო		შენიშვნა:
9	ეროვნება			შენიშვნა:
10	აქვს თუ არა სარეგისტრაციო დოკუმენტაცია	1. დიახ (მონიშნეთ) (ა) საქართველოს მოქალაქის დაბადების მოწმობა ბ) საქართველოს მოქალაქის პირადობის მოწმობა გ) უცხო ქვეყნის მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია (გთხოვთ, დააზუსტოთ რომელის) დ) დროებითი საიდენტიფიკაციო მოწმობა 2. არა 3. სხვა		შენიშვნა:
11	პირადი ნომერი			შენიშვნა:
12	დროებითი იდენტიფიკატორი			შენიშვნა:
13	ადგილი/ადგილები, სადაც დღის უმეტეს ნაწილს ატარებს			შენიშვნა: (მიუთითეთ წყარო)
14	ადგილი/ადგილები სადაც ათევს ღამეს			შენიშვნა: (მიუთითეთ წყარო)

15	ქუჩაში მოხვედრის მიზეზები		შენიშვნა: (მიუთითეთ წყარო)
16	ქუჩაში ყოფნის სიხშირე	<ol style="list-style-type: none"> 1. ყოველდღიურად დღის და ღამის განმავლობაში 2. ყოველდღიურად მხოლოდ დღე 3. ყოველდღიურად მხოლოდ ღამე 4. ყოველდღიურად დღის გარკვეული მონაკვეთი 5. კვირაში რამდენჯერმე 6. სხვა (გთხოვთ, დააზუსტოთ) 	შენიშვნა:
17	საქმიანობის ტიპი ქუჩაში:		შენიშვნა:
18	გარეგნული ნიშნები	(სიმაღლე, წონა, თვალის ფერი, დამახასიათებელი ნიშნები: მაგ, ნაიარევი, სვირინგი და სხვა)	შენიშვნა:
19	არ შემოდის არანაირ კონტაქტში მობილურ სამსახურთან , არ ერთვება აქტივობებში	(მიუთითეთ დაკვირვებული და მოძიებული სავარაუდო მიზეზები)	შენიშვნა:
ჯანმრთელობის მდგომარეობა			
20	პირველი შთაბეჭდილება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ (ზოგადი მდგომარეობა, კანის მდგომარეობა, სხვა)		შენიშვნა:
21	აღენიშნება თუ არა ძალადობის ნიშნები	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიახ 2. არა <p>გთხოვთ დააზუსტოთ</p>	შენიშვნა:
22	ქრონიკული ან მწვავე დაავადებები		შენიშვნა:
23	მოიხმარს თუ არა მავნე ნივთიერებებს	<ol style="list-style-type: none"> 1. არ მოიხმარს 2. ალკოჰოლი 3. სედატიური საშუალებები 4. წებო 5. თამბაქო 6. სხვა <p>გთხოვთ, დააზუსტოთ</p>	შენიშვნა:

24	ხომ არ არსებობს ჯანმრთელობის გადაუდებელი მდგომარეობა, რომელიც დაუყოვნებელ რეაგირებას მოითხოვს	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიახ 2. არა <p>(დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ აღწეროთ მდგომარეობა და ჩამოაყალიბოთ რეაგირების სტრატეგია)</p>	შენიშვნა:
განათლება			
25	საგანმანათლებლო დაწესებულებაში სიარულის გამოცდილება	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიახ (გთხოვთ დააზუსტოთ) 2. არა 	შენიშვნა:
26	წერა-კითხვა	<ol style="list-style-type: none"> 1. არ იცის 2. იცის კითხვა, მაგრამ ვერ წერს 3. იცის წერა-კითხვა ქართულ ენაზე 4. იცის წერა-კითხვა რუსულ ენაზე 5. იცის წერა-კითხვა სხვა ენაზე 6. სხვა 	შენიშვნა:
ინსტიტუციური გამოცდილება			
27	ჰქონია თუ არა რომელიმე საადმინისტრაციო დაწესებულებაში ცხოვრების გამოცდილება?	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიახ (გთხოვთ დააკონკრეტოთ) 2. არა 	შენიშვნა:
28	არის თუ არა კანონთან კონფლიქტი?	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიახ 2. არა 	შენიშვნა:

29 დამატებითი ინფორმაცია _____

უფროსი სოციალური მუშაკის ხელმოწერა: _____

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

-- / ----- / ----წ.

გადაწყვეტილება

(მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის ფარგლებში დღის ცენტრში და/ან კრიზისული ინტერვენციის თავშესაფარში არასრულწლოვანი _____ ჩარიცხვის/ამორიცხვის შესახებ)

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს უფროსმა სოციალურმა მუშაკმა, _____ წლის _____ N _____ ანკეტის საფუძველზე, განიხილა საქმე არასრულწლოვანი – _____ ს (პირობითი მონაცემები: _____ /იდენტიფიცირებული მონაცემები: _____) მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის ფარგლებში _____ ჩარიცხვის/ამორიცხვის შესახებ.

იგი მიუსაფარ ბავშვად იდენტიფიცირებულია _____ წლის _____ N _____ ანკეტით და მიზანშეწონილია მან ისარგებლოს _____ მომსახურებით.

ვიხელმძღვანელებ, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის _____ N _____ ბრძანებით დამტკიცებული „სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან მისი გაყვანის წესი და პირობების“ (დანართი No.1) მე _____ მუხლის მე- _____ პუნქტით და

გადაწყვეტიტე:

1. არასრულწლოვანი – _____ ჩარიცხოს/ამორიცხოს მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამის ფარგლებში მოქმედ _____.
2. გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს თბილისის საქალაქო სასამართლოში მისი მიღებიდან ერთი თვის ვადაში (მის.: თბილისი, დავით აღმაშენებლის ხეივანი მე-18 კილომეტრი).

სოციალური მომსახურების სააგენტოს

უფროსი სოციალური მუშაკი

/ _____ /

ვიზიტის ჩანაწერები

თარიღი -----

ანკეტა N: _____

განხორციელებული აქტივობები:

უფროსი სოციალური მუშაკი: ----- (ხელმოწერა)

სოციალური

რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა
 მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა
 ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

დანართი 4

მომსახურების მომწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება :
 მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი :
 საანგარიშო პერიოდი : ----- -დან ----- -მდე
 ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი : ----- (რიცხვი, თვე, წელი)

სერვისის ტიპი:

N	გვარი	სახელი	პირადი N / დაბადების მოწმობის N*	დაბადების თარიღი *	სოც. მუშაკის მიერ გადაწყვეტილების N და თარიღი	დაწესებულებაში მოთავსების თარიღი	დაწესებულები დან ამორიცხვის თარიღი	მომსახურების მიღების თვეში, დაწესებულებაში გატარებული დღეების რ-ბა
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი და ხელმოწერა

მ.ა.

თარიღი

უფლებამოსილი უფროსი სოციალური მუშაკი: სახელი, გვარი და ხელმოწერა

*-მონაცემები იღებება ასეთის არსებობის შემთხვევაში

მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა

დანართი 5

ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

მომსახურების მომწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება :

მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი :

საანგარიშო პერიოდი : ----- -დან ----- -მდე

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი :

სერვისის ტიპი:

რიცხვი		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
	სახელი გვარი																														
N																															
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი და ხელმოწერა

ბ.ა.

თარიღი

უფლებამოსილი უფროსი სოციალური მუშაკი: სახელი, გვარი და ხელმოწერა

სოციალური

რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2014 წლის სახელმწიფო პროგრამა
 მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა
 ინფორმაცია ბენეფიციართათვის გაწეული მომსახურების შესახებ

დანართი 6

მომსახურების მომწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება :
 მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრის მისამართი :
 საანგარიშო პერიოდი : ----- -დან ----- -მდე
 ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი : ----- (რიცხვი, თვე, წელი)

სერვისის ტიპი: ტრანზიტული ცენტრი

N	გვარი	სახელი	პირადი N / დაბადების მოწმობის N*	დაბადების თარიღი *	გადაწყვეტილების მიმღები რეგიონული საბჭო / ოქმის N / თარიღი	დაწესებულებაში მოთავსების თარიღი	დაწესებულები დან ამორიცხვის თარიღი (ოქმი)	მომსახურების მიღების თვეში, დაწესებულებაში გატარებული დღეების რ-ბა
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

ხელმძღვანელი პირის სახელი, გვარი და ხელმოწერა

შ.ა.

თარიღი

უფლებამოსილი უფროსი სოციალური მუშაკი: სახელი, გვარი და ხელმოწერა

*-მონაცემები იღებება ასეთის არსებობის შემთხვევაში

მობილური ჯგუფის მომსახურებით უზრუნველყოფის ფორმა

დანართი 7

მომსახურების მომწოდებელი ორგანიზაციის დასახელება :

საანგარიშო პერიოდი :

----- -დან ----- - მდე

ინფორმაციის წარმოდგენის თარიღი :

----- (რიცხვი, თვე, წელი)

ხარჯების სახეები	წარმოდგენილი სამუშაოს ღირებულება		
	რაოდენობა	ერთეულის ღირებულება	სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში თანხა (ლარი)
წარმოდგენილი სამუშაოს ღირებულება (გლობალ ბიუჯეტი)	გვანძი		
ადამიანური რესურსი			
ფსიქოლოგი/პედაგოგი			
მლლოლი/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)			

დაწესებულების ხელმძღვანელი



