АЛГОРИТМ
взаимодействия ГАУ ТО «ОЦПР» с КДН и ЗП муниципальных образований Тюменской области по реализации стационарно-дистанционного сетевого проекта «Ступени»

1. За месяц до начала смены ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации» направляет письма заместителям глав муниципальных образований по социальным вопросам (председателям КДН и ЗП) о проведении стационарной или летней оздоровительной смен в рамках проекта «Ступени». В письме указывается срок смены, список документации для оформления подростка на реабилитацию, форма заявки на смену, дополнительная информация.
2. Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав муниципальных образований в установленный срок направляют в ГАУ ТО «ОЦПР» заявку на реабилитацию несовершеннолетнего, которая оформляется по форме, указанной в письме и подписывается председателем или заместителем председателя КДН и ЗП.
   В форме заявки представляются следующие сведения:
   - Ф.И.О. ребенка;
   - Дата рождения несовершеннолетнего;
   - В каком классе обучается;
   - Проблематика подростка;
   - Номер ID.
   - Желаемая профессия (для смены с получением профессиональной подготовки)

   Также к заявке прилагается рекомендация врача нарколога на участие в проекте с указанием причины (употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ). При наличии диагноза, он также указывается в рекомендации шифром.

О возникших изменениях в заявке необходимо сообщать в ГАУ ТО «ОЦПР» не позднее, чем за 7 дней до начала смены.

3. ГАУ ТО «ОЦПР» направляет в КДН и ЗП письмо-подтверждение об участии несовершеннолетнего в смене.
4. При поступлении несовершеннолетнего в ГАУ ТО «ОЦПР» на реабилитацию ответственные секретари КДН и ЗП либо кураторы индивидуального сопровождения по описи представляют следующий пакет документов:
   - Направление КДН и ЗП (Приложение 1).
   - Характеристика несовершеннолетнего (заполняется в свободной форме представителем учебного заведения, заверяется его руководителем).
   - Договор на оказание реабилитационной помощи несовершеннолетнему и акт оказания услуг, подписанные родителями (законными представителями) – 2 экз. (Приложение 2).
   - Паспорт или свидетельство о рождении несовершеннолетнего (оригинал).
   - Справка о санэпидблагополучии.
   - Медицинская справка установленного образца с заключением и рекомендациями нарколога, заверенная печатью медицинского учреждения (Приложение 3).
   - Страховой медицинский полис (оригинал).
   - Страховое пенсионное свидетельство (копия).
   - Табель текущих оценок (представляется из учебного заведения, заверяется его руководителем).
   - 2 фото.
   - Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, подписанное родителем (оригинал, заполненный синей ручкой). Приложен отдельным скан-файлом.

- Информированное согласие родителя на стоматологическое лечение ребенка (оригинал, заполненный родителем синей ручкой). (Приложение 4)
- Аттестат об окончании 9 классов (для смены с получением профессиональной подготовки)

5. При поступлении в ГАУ ТО «ОЦПР» несовершеннолетний должен иметь при себе необходимые для реабилитации вещи и предметы личной гигиены в соответствии с перечнем (Приложение 5).
6. После окончания смены ГАУ ТО «ОЦПР» направляет официальным письмом в КДН и ЗП муниципального образования План индивидуального сопровождения подростка в территории в постреабилитационный период, а также выдает специалисту, забирающему ребенка под роспись пакет документов на несовершеннолетнего:
    - Договор на оказание реабилитационной помощи несовершеннолетнему и акт выполненных работ, подписанный родителем (законным представителем) и ГАУ ТО «ОЦПР» – 1 экз.
    - Заключение по результатам психолого-педагогического наблюдения;
    - Заключение по результатам медицинского наблюдения ;
    - Выписка итоговых оценок за четверть (копия);

7. В постреабилитационный период ежеквартально до 05 числа месяца, следующего за отчетным, КДНиЗП направляют в ГАУ ТО «ОЦПР» отчеты о реализации программы индивидуального сопровождения подростка, прошедшего курс реабилитации в рамках стационарно-дистанционного сетевого проекта «Ступени» (Приложение 6), которые получают от специалистов по индивидуальному сопровождению в муниципальном образовании. Отчет направляется с сопроводительным письмом, подписанным председателем или его заместителем КДНиЗП. В отчете заполняется каждая графа, не оставляя пустых строк. В случае снятия несовершеннолетнего с индивидуального сопровождения по исправлению, 18-летию или другим причинам, необходимо направить в ГАУ ТО «ОЦПР» официальное письмо о данном сообщении с указанием Ф.И.О. подростка, его даты рождения, причины и даты снятия. Если дата снятия с учета выпадает на отчетный период, то информация на ребенка обязательно отражается в отчете за данный период.

Приложение 1

Направление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав

Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации _____направляет несовершеннолетнего _____
(ФИО)
на реабилитационную смену для подростков, организованную на базе ГАУ ТО «ОЦПР» (г. Тюмень) для прохождения социально-психолого-педагогической реабилитации по проекту «Ступени» в целях профилактики правонарушений среди несовершеннолетних, пропаганды здорового образа жизни, укрепления физического и нравственного здоровья.

Дата рождения: _____ полных лет _____
Место жительства: _____
Телефон: _____
№ ID: _____

Состоит на следующих профилактических учетах (указать даты и причины постановки на учеты):

- Банк семей и несовершеннолетних «группы особого внимания»_____
  _____
- КДН_____
- ПДН_____
- Нарколог_____
- Внутришкольный (внутриучилищный) _____
- Другие _____

Сведения об употреблении ПАВ (вид): _____
Общий стаж употребления _____ «Д» учет_____

Сведения об образовании:

- Место учебы (работы) _____
- Количество оконченных классов на момент поступления в центр_____
- Дублировалась ли школьная программа_____
- Обучение в средне - специальных УЗ_____

Характеристика личности

(с учетом мнения социального педагога, психолога, наставника)

1.Особенности характера и отношений к окружающим_____
_____
_____
_____
_____

2.Положительные качества личности, на которые можно опереться в работе
_____
_____
_____

3.Интересы, склонности, увлечения_____
_____
_____

4. Кружки, секции, клубы (где посещает)_____
_____
5. Проблемы подростка_____
_____
_____
6. Медико-педагогические ограничения_____
_____

Социально-демографические сведения

1. Ф.И.О. матери (мачехи):_____
   Домашний адрес, телефон:_____
   Место работы, должность, телефон:_____
   Склонность к употреблению ПАВ_____
   Если умерла, то по какой причине, год_____
2. Ф.И.О. отца (отчима):_____
   Домашний адрес, телефон:_____
   Место работы, должность, телефон:_____
   Склонность к употреблению ПАВ_____
   Если умер, то по какой причине, год_____
3. Другие члены семьи:_____
4. Члены семьи, родственники, близкие знакомые, проживающие в г. Тюмени, Тюменском районе (Ф.И.О., адрес, телефон):_____
   _____
   _____

Наставником назначен(а) _____
(Ф.И.О. наставника, место работы, должность, телефон)

_____
Дата

Ответственный секретарь _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Контактный телефон:

Председатель комиссии _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)

м.п.

Приложение 1.1

Образец заполнения

Направление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав

Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации *Бердюжского муниципального района* направляет несовершеннолетнего *Шорохова Ивана Васильевича* на реабилитационную смену для подростков, организованную на базе ГАУ ТО «ОЦПР» (г. Тюмень) для прохождения социально-психолого-педагогической реабилитации по проекту «Ступени» в целях профилактики правонарушений среди несовершеннолетних, пропаганды здорового образа жизни, укрепления физического и нравственного здоровья.

Дата рождения: *10.10.1996 г.р.* полных лет *16 лет*

Место жительства: *Бердюжский район, с. Бердюжье, ул. Чкалова, д. 5*

Телефон: 89128888888, д.т.8(34554) 22-2-22

№ ID: *456*

Состоит на следующих профилактических учетах (указать даты и причины постановки на учеты):

- Банк семей и несовершеннолетних «группы особого внимания» *с 22.02.2012г., обвиняемый в совершении преступления*
- КДН *с 22.02.2012 г.,совершение преступления, употребление спиртных напитков.*
- ПДН *с 05.02.2012г, совершение преступления, употребление спиртных напитков.*
- Нарколог *с 27.02.2012г.,употребление спиртных напитков.*
- Внутришкольный (внутриучилищный) *с 23.02.2012г., совершение преступления, употребление спиртных напитков, уклонение от обучения.*
- Другие: *нет*

Сведения об употреблении ПАВ (вид): *Употребление спиртных напитков, курение*

Общий стаж употребления *1 год* «Д» учет *с 27.02.2012г.*

Сведения об образовании:

- Место учебы (работы): *МАОУ «Бердюжская средняя школа»*
- Количество оконченных классов на момент поступления в центр: *9 кл.*
- Дублировалась ли школьная программа: *Нет*
- Обучение в средне - специальных УЗ: *Нет*

Характеристика личности

(с учетом мнения социального педагога, психолога, наставника)

1.Особенности характера и отношений к окружающим: *Добрый, в коллективе сверстников бывает стеснительным. Легко идет на контакт. Может быть вспыльчивым. Имеет чувство юмора. Может проявить грубость в отношении собеседника.*

2.Положительные качества личности, на которые можно опереться в работе *Может быть лидером. Имеет организаторские способности. Отзывчивый.*
3.Интересы, склонности, увлечения *Любит рисовать, слушать музыку. Учится танцевать брейк-данс.*
4. Кружки, секции, клубы (где посещает) *Кружок по брейк-дансу при Бердюжском ДК.*
5. Проблемы подростка *Употребление спиртных напитков, склонность к совершению преступлений, курение, пропуски занятий без уважительных причин.*
6. Медико-педагогические ограничения *На уроках рекомендовано сидеть не далее 2-й парты*

Социально-демографические сведения

1. Ф.И.О. матери (мачехи): *Шорохова Мария Ивановна*
Домашний адрес, телефон: *Бердюжский район, с. Бердюжье, ул. Чкалова, д. 5*
Место работы, должность, телефон: *МАОУ «Бердюжская СОШ», уборщица, 22-1-48*
Склонность к употреблению ПАВ *периодически употребляет спиртные напитки*
Если умерла, то по какой причине, год -
2. Ф.И.О. отца (отчима): *Шорохов Василий Петрович*
Домашний адрес, телефон: *Бердюжский район, с. Бердюжье, ул. Чкалова, д. 5*
Место работы, должность, телефон: *не работает.*
Склонность к употреблению ПАВ *злоупотребляет спиртными напитками*
Если умер, то по какой причине, год -
3.Другие члены семьи: *родной брат Сергей (5л.), бабушка Петрова Клавдия Валентиновна.*
4. Родственники, близкие знакомые, проживающие в г. Тюмени, Тюменском районе (Ф.И.О., адрес, телефон): *дядя Шорохов Павел Владимирович, г.Тюмень, ул.Пермякова, д.79, к.81, 30-49-12.*

Наставником назначен(а) *Соловьева Наталья Леонидовна, председатель Женского Совета Бердюжского сельского поселения, 89127777777, 22-7-18.*

Дата *24.09.2012г.*

Ответственный секретарь _______ *Молокова Татьяна Семеновна*
(подпись) (Ф.И.О.)
Контактный телефон: 8 (34554) 22-5-90

Председатель комиссии _____ *Гузеева Дина Алексеевна*
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2

ДОГОВОР №
на оказание реабилитационной помощи
несовершеннолетнему

г.Тюмень «___»_____20__г.

Государственное автономное учреждение Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Мальцан Маргарита Николаевна, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____ ,
(ф.и.о. родителя, законного представителя)
именуемого в дальнейшем «Родитель», действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего _____
(ф.и.о., дата рождения)
с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется безвозмездно оказать услугу по реабилитации несовершеннолетнего в рамках проекта «Ступени», в соответствии с государственным заданием учредителя, а Заказчик принять оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
1.2. Для исполнения настоящего договора Несовершеннолетний поступает в стационарное реабилитационное отделение Государственного автономного учреждения Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации» (далее по тексту «Центр») по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.
1.3. Срок оказания услуги составляет реабилитационную смену: Начало смены «____»_____, окончание смены «____»_____ 20__г.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:
2.1.1. Провести комплекс реабилитационных мероприятий по отношению к несовершеннолетнему согласно проекта «Ступени».
2.1.2. Уважать и принимать во внимание мнение Родителя, касающееся пребывания подростка в Центре, в случае необходимости принимать соответствующие меры для урегулирования разногласий.
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Самостоятельно определять объем и порядок проведения реабилитационных мероприятий.
2.2.2 Требовать от Родителя исполнения им обязательств, предусмотренных настоящим договором.
2.2.3. Изменять и расторгать данный договор с Родителем, с учетом мнения несовершеннолетнего и только в его интересах, а также в порядке и на условиях, установленных проектом «Ступени», Уставом Центра.
2.2.4. Расторгнуть договор, уведомив Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также уведомив Родителя о необходимости забрать несовершеннолетнего, в случае систематического нарушения последним режима пребывания в Центре, либо по медицинским показаниям.
2.2.5. Проводить в случае необходимости дополнительные медицинские освидетельствования при приеме несовершеннолетнего на смену и на протяжении всей его реабилитации.
2.3. Родитель и Несовершеннолетний обязаны:
2.3.1. Информировать персонал Центра о перенесенных заболеваниях Несовершеннолетнего, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также предоставлять другую информацию, связанную с заболеванием.
2.4. Несовершеннолетний обязан:
2.4.1. Беспрекословно соблюдать утвержденный на смену распорядок дня.
2.4.2. Соблюдать все указания персонала Исполнителя, связанные с выполнением настоящего договора.
2.4.3. Соблюдать режим трезвости.
2.4.4. Бережно относиться к имуществу и оборудованию Исполнителя.
2.5. Несовершеннолетнему запрещается:
2.5.1. Покидать территорию Центра без разрешения руководителя проекта «Ступени».
2.5.2. Привозить в Центр лекарственные и наркотические средства, алкогольные напитки.
2.5.3. Привозить ценные вещи (в тои числе: драгоценные металлы, деньги, сотовые телефоны, фотоаппараты).
2.5.4. Привозить аудио-видеоаппаратуру (магнитофоны, ноутбуки, плееры и др.), электроприборы (кипятильники, чайники, фены и др.).
2.5.5. Свидания в первый месяц реабилитации.
2.6. Родитель обязан:
2.6.1. Оказывать содействие специалистам Центра, участвовать в реабилитационных мероприятиях для достижения наилучшего результата;
2.6.2. Согласовывать с руководителем проекта вопросы взаимодействия с несовершеннолетним.
2.6.3. Информировать специалистов Центра в период реабилитации о наличии у несовершеннолетнего ценных вещей, ювелирных украшений, сотовых телефонов, денежных средств (суммы), передавать их на временное хранение

специалистам Центра под их личную ответственность. В противном случае Центр не несет ответственность за утрату, порчу, уничтожение, кражу этих вещей.
2.6.4. Информировать специалистов Центра об индивидуальных, личностных (физических и/или психических) особенностях несовершеннолетнего.
2.6.5. Взаимодействовать с куратором Несовершеннолетнего в территории и выполнять его рекомендации
2.6.6 В случае причинения Несовершеннолетним ущерба, связанного с повреждением имущества, оборудования, принадлежащего Исполнителю, обязан возместить его Исполнителю в полном объеме.

2.7. Родитель имеет право:

2.2.1. На изменение и расторжение данного договора (по согласованию с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав), с учетом мнения несовершеннолетнего и только в его интересах, а также в порядке и на условиях, установленных проектом «Ступени», Уставом Центра.
2.2.2. Получать информацию у специалистов Центра о динамике поведения Несовершеннолетнего у специалистов проекта (тел. 8 (3452) 77-04-14).
2.2.3. Посещать несовершеннолетнего после истечения одного месяца реабилитации, не более одного раза в месяц по согласованию с руководителем проекта.
2.2.4. На передачу посылок в соответствии с перечнем, утвержденным настоящим договором (печенье, пряники, конфеты, сахар, чай в пакетиках, фрукты, минеральная вода).

2.8. Родителю запрещается:

2.8.1 Свидания с несовершеннолетним в первый месяц реабилитации без согласования с руководителем проекта «Ступени».
2.8.2. Приезжать к несовершеннолетнему в Центр в нетрезвом виде.
2.8.3.Передавать несовершеннолетнему ценные вещи или деньги без ведома специалистов проекта «Ступени».
2.8.4. Передавать несовершеннолетнему скоропортящиеся продукты (молочные, мясные, колбасные изделия, кондитерские изделия: торты, пирожные; кофе)
2.8.2. Сообщать какую-либо негативную информацию без согласования с руководителем проекта «Ступени».

3.Срок действия договора

3.1.Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения его сторонами обязательств по договору.

4.Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность в пределах, определенных действующим законодательством Российской Федерации.
4.2. В случае причинения материального ущерба, совершения правонарушения, преступления несовершеннолетний несет ответственность в пределах, определенных действующим законодательством Российской Федерации.
4.3. Специалисты Центра несут ответственность за жизнь и здоровье несовершеннолетнего в пределах возложенных на них обязанностей.

5.Адреса и подписи сторон

ГАУ ТО «ОЦПР»
625509
Салаирский тракт, 23 км
Тюменский район
Тюменская область
ИНН 7224037176
Тел.8 (3452) 77-00-66

РОДИТЕЛЬ

Ф.И.О._____
_____
Место регистрации_____
_____
Телефон_____
Паспорт: серия _____ № _____
выдан «___»_____
_____

Директор ГАУ ТО «ОЦПР»

_____/М.Н.Мальцан

Родитель

_____/_____

Дополнительная информация о физических и психических особенностях несовершеннолетнего, которую необходимо учитывать в процессе реабилитации (заполняется родителями):
_____
_____
_____
_____

АКТ
выполненных работ
на оказание реабилитационной помощи
несовершеннолетнему

г.Тюмень «___»_____20__г.

Государственное автономное учреждение Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Мальцан Маргарита Николаевна, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____ ,
(ф.и.о. родителя, законного представителя)
именуемого в дальнейшем «Родитель», действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего _____
(ф.и.о., дата рождения)
с другой стороны, подписали настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель безвозмездно оказал услугу по реабилитации несовершеннолетнего в рамках проекта «Ступени» в соответствии с государственным заданием учредителя, а Заказчик принял оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
2. Для исполнения настоящего договора Несовершеннолетний поступил в стационарное реабилитационное отделение Государственного автономного учреждения Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации» по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.
3. Срок оказания услуги составил реабилитационную смену: Начало смены «____»_____, окончание смены «____»_____ 20__г.
4. Стороны не имеют никаких претензий к друг другу.

Адреса и подписи сторон

ГАУ ТО «ОЦПР»

625509, Тюменская область
Тюменский район, 23 км.
Салаирского тракта
ИНН 7224037176
Тел.8 (3452) 77-00-66

РОДИТЕЛЬ

Ф.И.О._____
_____
Место регистрации_____
_____
Телефон_____
Паспорт: серия _____ № _____
выдан «___»_____г.
_____

Директор ГАУ ТО «ОЦПР»

_____/М.Н.Мальцан

Родитель

_____/_____

Приложение 2.1

ДОГОВОР №
на оказание реабилитационной помощи
несовершеннолетнему

г.Тюмень «09» января *2015г.*

Государственное автономное учреждение Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Мальцан Маргариты Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и *Шорохова Мария Ивановна* ,
(ф.и.о. родителя, законного представителя)
именуемая в дальнейшем «Родитель», действующая от имени и в интересах несовершеннолетнего
Шорохова Ивана Васильевича, 10.10.1996 г.р.----------
(ф.и.о., дата рождения)
с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется безвозмездно оказать услугу по реабилитации несовершеннолетнего в рамках проекта «Ступени», в соответствии с государственным заданием учредителя, а Заказчик принять оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
1.2. Для исполнения настоящего договора Несовершеннолетний поступает в стационарное реабилитационное отделение Государственного автономного учреждения Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации» (далее по тексту «Центр») по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.
1.3. Срок оказания услуги составляет реабилитационную смену: Начало смены *09 января 2014я*, окончание смены 03 *апреля 2014г.*

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:
2.1.1. Провести комплекс реабилитационных мероприятий по отношению к несовершеннолетнему согласно проекта «Ступени».
2.1.2. Уважать и принимать во внимание мнение Родителя, касающееся пребывания подростка в Центре, в случае необходимости принимать соответствующие меры для урегулирования разногласий.
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Самостоятельно определять объем и порядок проведения реабилитационных мероприятий.
2.2.2 Требовать от Родителя исполнения им обязательств, предусмотренных настоящим договором.
2.2.3. Изменять и расторгать данный договор с Родителем, с учетом мнения несовершеннолетнего и только в его интересах, а также в порядке и на условиях, установленных проектом «Ступени», Уставом Центра.
2.2.4. Расторгнуть договор, уведомив Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также уведомив Родителя о необходимости забрать несовершеннолетнего, в случае систематического нарушения последним режима пребывания в Центре, либо по медицинским показаниям.
2.2.5. Проводить в случае необходимости дополнительные медицинские освидетельствования при приеме несовершеннолетнего на смену и на протяжении всей его реабилитации.
2.3. Родитель и Несовершеннолетний обязаны:
2.3.1. Информировать персонал Центра о перенесенных заболеваниях Несовершеннолетнего, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также предоставлять другую информацию, связанную с заболеванием.
2.4. Несовершеннолетний обязан:
2.4.1. Беспрекословно соблюдать утвержденный на смену распорядок дня.
2.4.2. Соблюдать все указания персонала Исполнителя, связанные с выполнением настоящего договора.
2.4.3. Соблюдать режим трезвости.
2.4.4. Бережно относиться к имуществу и оборудованию Исполнителя.
2.5. Несовершеннолетнему запрещается:
2.5.1. Покидать территорию Центра без разрешения руководителя проекта «Ступени».
2.5.2. Привозить в Центр лекарственные и наркотические средства, алкогольные напитки.
2.5.3. Привозить ценные вещи (в тои числе: драгоценные металлы, деньги, сотовые телефоны, фотоаппараты).
2.5.4. Привозить аудио-видеоаппаратуру (магнитофоны, ноутбуки, плееры и др.), электроприборы (кипятильники, чайники, фены и др.).
2.5.5. Свидания в первый месяц реабилитации.
2.6. Родитель обязан:
2.6.1. Оказывать содействие специалистам Центра, участвовать в реабилитационных мероприятиях для достижения наилучшего результата;
2.6.2. Согласовывать с руководителем проекта вопросы взаимодействия с несовершеннолетним.
2.6.3. Информировать специалистов Центра в период реабилитации о наличии у несовершеннолетнего ценных вещей, ювелирных украшений, сотовых телефонов, денежных средств (суммы), передавать их на временное хранение

специалистам Центра под их личную ответственность. В противном случае Центр не несет ответственность за утрату, порчу, уничтожение, кражу этих вещей.
2.6.4. Информировать специалистов Центра об индивидуальных, личностных (физических и/или психических) особенностях несовершеннолетнего.
2.6.5. Взаимодействовать с куратором Несовершеннолетнего в территории и выполнять его рекомендации
2.6.6 В случае причинения Несовершеннолетним ущерба, связанного с повреждением имущества, оборудования, принадлежащего Исполнителю, обязан возместить его Исполнителю в полном объеме.

2.7. Родитель имеет право:

2.2.1. На изменение и расторжение данного договора (по согласованию с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав), с учетом мнения несовершеннолетнего и только в его интересах, а также в порядке и на условиях, установленных проектом «Ступени», Уставом Центра.
2.2.2. Получать информацию у специалистов Центра о динамике поведения Несовершеннолетнего у специалистов проекта (тел. 8 (3452) 77-04-14).
2.2.3. Посещать несовершеннолетнего после истечения одного месяца реабилитации, не более одного раза в месяц по согласованию с руководителем проекта.
2.2.4. На передачу посылок в соответствии с перечнем, утвержденным настоящим договором (печенье, пряники, конфеты, сахар, чай в пакетиках, фрукты, минеральная вода).

2.8. Родителю запрещается:

2.8.1 Свидания с несовершеннолетним в первый месяц реабилитации без согласования с руководителем проекта «Ступени».
2.8.2. Приезжать к несовершеннолетнему в Центр в нетрезвом виде.
2.8.3.Передавать несовершеннолетнему ценные вещи или деньги без ведома специалистов проекта «Ступени».
2.8.4. Передавать несовершеннолетнему скоропортящиеся продукты (молочные, мясные, колбасные изделия, кондитерские изделия: торты, пирожные; кофе)
2.8.2. Сообщать какую-либо негативную информацию без согласования с руководителем проекта «Ступени».

3.Срок действия договора

3.1.Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения его сторонами обязательств по договору.

4.Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность в пределах, определенных действующим законодательством Российской Федерации.
4.2. В случае причинения материального ущерба, совершения правонарушения, преступления несовершеннолетний несет ответственность в пределах, определенных действующим законодательством Российской Федерации.
4.3. Специалисты Центра несут ответственность за жизнь и здоровье несовершеннолетнего в пределах возложенных на них обязанностей.

5.Адреса и подписи сторон

ГАУ ТО «ОЦПР»
625509
Салаирский тракт, 23 км
Тюменский район
Тюменская область
ИНН 7224037176
Тел.8 (3452) 77-00-66

РОДИТЕЛЬ
Ф.И.О.:__*Шорохова Мария Ивановна-----*
Место регистрации: *Тюменская область, Бердюжский район, с. Бердюжье, ул. Чкалова, д. 5*
Телефон *8 (34554) 22-1-48*
Паспорт: *серия 71-00 № 556677*
выдан *23.06.2000г. ОВД Бердюжского района Тюменской области*

Директор ГАУ ТО «ОЦПР» **Родитель**

_____/М.Н.Мальцан _____/*М.И.Шорохова*

Дополнительная информация о физических и психических особенностях несовершеннолетнего, которую необходимо учитывать в процессе реабилитации (заполняется родителями):
_____*Наблюдается снижение зрения*----------
_____
_____

АКТ
выполненных работ
на оказание реабилитационной помощи
несовершеннолетнему

г.Тюмень « ---» *я 2015г.*

Государственное автономное учреждение Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Мальцан Маргарита Николаевна, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____*Шорохова Мария Ивановна*__ ,
(ф.и.о. родителя, законного представителя)
именуемого в дальнейшем «Родитель», действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего _____*Шорохова Ивана Васильевича, 10.10.1996 г.р.*_____
(ф.и.о., дата рождения)
с другой стороны, подписали настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель безвозмездно оказал услугу по реабилитации несовершеннолетнего в рамках проекта «Ступени» в соответствии с государственным заданием учредителя, а Заказчик принял оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
2. Для исполнения настоящего договора Несовершеннолетний поступил в стационарное реабилитационное отделение Государственного автономного учреждения Тюменской области «Областной центр профилактики и реабилитации» по адресу: Тюменская область, Тюменский район, 23 км. Салаирского тракта.
3. Срок оказания услуги составил реабилитационную смену: Начало смены *09 января*, окончание смены *03 апреля 2014г.*

4. Стороны не имеют никаких претензий к друг другу.

Адреса и подписи сторон

ГАУ ТО «ОЦПР»

625509, Тюменская область
Тюменский район, 23 км.
Салаирского тракта
ИНН 7224037176
Тел.8 (3452) 77-00-66

РОДИТЕЛЬ

Ф.И.О.:__ *Шорохова Мария Ивановна-----*
Место регистрации: *Тюменская область, Бердюжский район, с. Бердюжье, ул. Чкалова, д. 5*
Телефон *8 (34554) 22-1-48*
Паспорт: *серия 71-00 № 556677*
выдан *23.06.2000г. ОВД Бердюжского района Тюменской области*

Директор ГАУ ТО «ОЦПР»

_____/М.Н.Мальцан

Родитель

_____/ *М.И.Шорохова*

Приложение 3

Приложение №1
к приказу департамента здравоохранения
от 31.10.03 №505
Обследование беспризорных и безнадзорных детей
при поступлении в лечебно-профилактические учреждения
(утверждена приказом МЗ РФ от 14.07.03 №307
«О совершенствовании оказания медицинской помощи
беспризорным и безнадзорным детям»)

СПРАВКА

Ф.И.О. _____
Возраст _____
Место жительства _____
Вес _____кг. Рост _____ см. АД _____ мм рт ст
ЭКГ _____

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови _____
_____
- общий анализ мочи _____
_____
- кал на яйца глистов _____
- кал на диз. группу (не обязательно) _____
- обследование на дифтерийное носительство (не обязательно)_____
-Серологическое обследование (независимо от возраста) на :
сифилис (RW) _____
ВИЧ-инфекция _____
-обследование на туберкулез
– реакция Манту, флюорография
_____
справка СЭС _____

Осмотры специалистов:

Врач психиатр-нарколог _____
Врач гинеколог (девочки с 10 лет) _____
Врач дерматолог _____
Врач хирург _____
Врач окулист _____
Врач стоматолог _____
Врач невропатолог _____
Врач отоларинголог _____
Врач педиатр _____
Соматический диагноз:_____
Физкультурная группа: _____
Группа здоровья: _____
Физическое развитие: _____
Прививочный анамнез: _____
_____
Заключение _____

М.п.

Приложение 3.1

Образец заполнения

Приложение №1
к приказу департамента здравоохранения
от 31.10.03 №505
Обследование беспризорных и безнадзорных детей
при поступлении в лечебно-профилактические учреждения
(утверждена приказом МЗ РФ от 14.07.03 №307
«О совершенствовании оказания медицинской помощи
беспризорным и безнадзорным детям»)

СПРАВКА

Ф.И.О.: *Шорохов Иван Васильевич*
Возраст: *16 лет*
Место жительства: *Бердюжский район, с. Бердюжье, ул. Чкалова, д. 5*
Вес *65* кг. Рост *168* см. АД *120/90* мм рт ст
ЭКГ _____

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови *результат прилагается*
- общий анализ мочи *результат прилагается*
- кал на яйца глистов *результат прилагается*
- кал на диз. группу *результат прилагается*
- обследование на дифтерийное носительство *результат прилагается*

-Серологическое обследование (независимо от возраста) на :
сифилис (RW) *результат прилагается*
ВИЧ-инфекция *результат прилагается*
-обследование на туберкулез – реакция Манту,
флюорография -----*грудная клетка в норме*----------
справка СЭС *прилагается*

Осмотры специалистов:

Врач психиатр-нарколог: ***рекомендация на участие в проекте с указанием причины прилагается***
Врач гинеколог (девочки с 10 лет) *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач дерматолог *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач хирург *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач окулист *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач стоматолог *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач невропатолог *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач отоларинголог *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Врач педиатр *здоров 25.09.2015г. (подпись врача)*
Соматический диагноз: *самотически здоров*
Физкультурная группа: *основная*
Группа здоровья: *1-2*
Физическое развитие: *среднее*
Прививочный анамнез: *прилагается*
Заключение *Годен 27.09.2015г. (Подпись врача)*

М.п.

Приложение 4

Информированное согласие родителя (опекуна) на стоматологическое лечение ребенка

Я,(Ф.И.О. родителя или опекуна)

_____

доверяю провести **стоматологическое лечение** моему ребенку (Ф.И.О. ребенка)

_____

мне разъяснено и мною понято следующее:

1. Я получил (а) от сотрудников центра полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских стоматологических услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских стоматологических услуг моему ребенку, в рамках оговоренного мною плана лечения.
2. Мне объяснены в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.
3. Мне объяснили, и я понял (а), что в некоторых ситуациях, может возникнуть необходимость подключить к лечению ребенка специалистов из других медицинских учреждений, а также направить пациента в другие медицинские учреждения для прохождения дальнейшего лечения.
4. Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобства, припухлости, чувствительность к холоду и теплу.
5. Мне объяснено и я понял (а), что существует вероятность того, что во время осуществления основного плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, вплоть до удаления нерва и лечения корневых каналов или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки лечении.
6. Мне ясна вся важность передачи достоверной информации о состоянии здоровья моего ребенка, а также выполнений всех полученных от врача и медицинского персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором будет нуждаться мой ребенок. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мой ребенок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов.
7. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение в отношении моего ребенка.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью амбулаторной карты стоматологического больного.

Дата_____подпись родителя (опекуна)_____

Я подтверждаю,что объяснил

Врач _____ (Ф.И.О.врача)

Перечень необходимых вещей и предметов личной гигиены для отправления ребенка на стационарную реабилитационную смену проекта «Ступени»

1. Спортивная одежда
2. Домашняя одежда (халат, трико)
3. Нижнее белье – 8 смен
4. Футболки – 5 шт.
5. Рубашка
6. Брюки, джинсы – 2 шт.
7. Вечерняя одежда (для выезда в город ,на концерт и т.д.)
8. Теплая куртка !!!
9. Теплая кофта – 2 шт.
10. Варежки, перчатки – 2 пары!!!
11. Носки – 8 пар
12. Теплые колготки (гетры) для девочек
13. Спортивная обувь – 2 пары
14. Тапочки
15. Обувь для бани (резиновая)
16. Обувь на выход (теплые сапоги, ботинки и т.д.)
17. Головной убор (вязаная шапка и др.) – 2 шт !!!
18. Большое банное полотенце (для саунотерапии)
19. Шампунь, мыло, зубная паста, зубная щетка и т.д. (на 3 месяца)
20. Прокладки (для девочек) – на 3 месяца.
21. Порошок стиральный или мыло хозяйственное (для стирки мелких вещей) – 3 уп.
22. Канцелярские товары для школьных занятий (ручки, карандаши простые, резинка, линейка, транспортир и т.д.).
23. Дневник.
24. Учебники, тетради.

Перечень необходимых вещей и предметов личной гигиены для отправления ребенка на летнюю смену проекта «Ступени»

1.Спортивная одежда
2.Домашняя одежда (халат, трико)
3.Нижнее белье – 4 смены
4. Футболки – 5 шт.
5. Рубашка
6. Брюки, джинсы – 2 шт.
7. Ветровка!!!
8. Теплая кофта – 1 шт.
9Носки – 6 пар
10. Теплые колготки для девочек
11. Спортивная обувь – 2 пары
12. Тапочки
13. Обувь для бани (резиновая)
14. Обувь на выход (туфли)
15. Головной убор (панама, кепка) – 2 шт !!!
16. Большое банное полотенце
17. Купальник
18. Шампунь, мыло, зубная паста, зубная щетка и т.д. (на 1 месяц)
19. Прокладки (для девочек)
20. Порошок стиральный или мыло хозяйственное (для ручной стирки мелких вещей) – 1 уп.

Приложение 6

ОТЧЕТ

о реализации программы индивидуального сопровождения подростка, прошедшего курс реабилитации в ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации» в рамках стационарно-дистанционного сетевого проекта «Ступени»

за _____квартал 2016 г.

1.	**Фамилия, имя, отчество**		
1.1	Дата рождения		
1.2	Домашний адрес (адрес фактического проживания)		
1.3	Образование		
1.4	Место учебы (работы)		
1.5	Занятость в свободное от учебы время	**По плану индивидуального сопровождения**	**Реально (если есть изменения в плане - указать причины**)
1.5.1	Постоянная (кружок, секция и т.д.)		
1.5.2	Разовое посещение мероприятий (дата посещения, название)		
1.6	**Взаимоотношения в семье:** - с матерью (мачехой) - с отцом (отчимом) - с братьями - сестрами		
1.7	**Круг общения:**	**Формальный (указать интересы, досуг)**	**Неформальный (указать тип, интересы, досуг)**
2.	**Проблематика подростка**	**До реабилитации**	**На отчетный период**
3	**Отношение к психоактивным веществам**		
3.1	Курение: - эпизодическое - постоянное		
3.2	Употребление алкоголя: - эпизодическое - постоянное		
3.3	Употребление наркотиков: - эпизодическое - постоянное		
3.4.	Употребление психоактивных веществ официально не отнесенных к наркотикам: - эпизодическое - постоянное		
4.	**Учет:**	**Дата постановки на учет**	**Основание (причина) постановки на учет**
4.1	Внутришкольный		
4.2	Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав		
4.3	Подразделение по делам несовершеннолетних УВД		
4.4	Наркологическая службы ГЛПУ		

4.5	Банк данных семей и несовершеннолетних «группы особого внимания»		
5.	**Мероприятия проводимые с семьей (нужное подчеркнуть):**	**Участники (мама, папа, сестра и т.д.)**	**дата**
5.1	Наблюдение, консультация психолога		
5.2	Оказание психиатрической и наркологической помощи семье и ее отдельным членам		
5.3	Дополнительные занятия по оказанию помощи в учении		
5.4	Привлечение родителей к работе семинаров, беседам по тематике воспитания		
5.5	Семейная терапия		
5.6	Посещение семьи		
5.7	Другое:		
6.	**Снятие с учета:**	**Дата снятия с учета**	**Основание (причина) снятия с учета**
6.1	Внутришкольный		
6.2	Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав		
6.3	Подразделение по делам несовершеннолетних УВД		
6.4	Наркологическая службы ГЛПУ		
6.5	Банк данных семей и несовершеннолетних «группы особого внимания»		
7.	**Рецидив**	**Дата совершения**	**Вид**
7.1	Административное правонарушение		
7.2	Уголовное преступление		
7.3	Девиантное поведение (пропуски уроков, бродяжничество, попытка суицида)		
7.4	Употребление ПАВ		
8.	**Необходимость в повторной реабилитации (если да, то указать по какой причине)**		
9.	**Куратор:** Фамилия, имя, отчество		
9.1.	Место работы		
9.2	Должность		
9.3	Контактный телефон		

Куратор _____/_____

Примечание: Отчет направляется в ГАУ ТО «ОЦПР» не позднее 5 числа месяца следующего за отчетным кварталом с сопроводительным письмом подписанным председателем (заместителем председателя) комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав муниципального образования Тюменской области.