


Утверждаю:  
Директор ОГКУ СО ЦСПСиД  
Нижеилимского  
муниципального округа  
  
Р.А. Бородина  
"01" сентября 2025 год

ОГКУ СО «Центр социальной помощи  
семье и детям Нижеилимского  
муниципального округа»  
665684, Иркутская обл.,  
Нижеилимский район,  
рп. Новая Игирма,  
мкр. Химки, 37/1  
ОГРН 1023802658791

**Карта реализации мероприятий и оказания услуг  
по ранней помощи детям и их семьям**

№ \_\_\_\_\_

Дата поступления получателя услуг: г. \_\_\_\_\_

Дата завершения оказания услуг: г. \_\_\_\_\_

Договор о реализации мероприятий и оказании услуг: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

**Форма реализации мероприятий и оказания услуг**

+  полустационарная в \_\_\_\_\_ период  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

|  стационарная с сопровождающим лицом в \_\_\_\_\_ период  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

|  на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Предпочтительный способ связи:

|  по телефону |  |  по электронной почте |  |  заказным письмом

|  иным способом (указать): \_\_\_\_\_

## I. Общая часть

1. Фамилия, имя, отчество ребенка: \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_

3. Возраст (количество полных лет): \_\_\_\_\_

4. Пол: 4.1. | | мужской 4.2. | | женский

5.1. | + | Гражданин Российской Федерации | | Гражданин иностранного государства, находящийся на территории РФ | | Лицо без гражданства, находящееся на территории РФ

6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается

адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации) (нужное отметить):

6.3. Субъект Российской Федерации: Иркутская область

6.5. Населенный пункт: рп Новая Игирма

6.7. Дом, корпус, строение: \_\_\_\_\_

7. Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания):

7.3. Субъект Российской Федерации: Иркутская область

7.5. Населенный пункт: рп Новая Игирма

7.7. Дом, корпус, строение: \_\_\_\_\_

8. Лицо без регистрации по месту жительства (месту пребывания) | | \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении

11. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка:

представителя ребенка (указать наименование документа):

Паспорт

Документ, подтверждающий полномочия законного (уполномоченного) представителя ребенка (указать наименование документа):

Свидетельство о рождении

14. Страховой номер индивидуального лицевого счета законного

15.1. Контактный номер телефона:

## II. Категории получателей услуг

16. Категории получателей услуг по ранней помощи в соответствии с критериями включения детей от рождения до трех лет и их семей в число потенциально нуждающихся в реализации мероприятий и оказании услуг:

16.1. | | наличие у ребенка категории "ребенок-инвалид"

16.2. | | отнесение ребенка медицинскими организациями по результатам профилактического медицинского осмотра к IV либо V группе здоровья

16.3. | | воспитание ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что подтверждено справкой такой организации

16.4. | | воспитание ребенка в семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, или в семье, находящейся в социально опасном положении, что подтверждено заключением, выданным организациями социального обслуживания, помощи семье и детям, органами опеки и попечительства

16.5. | | наличие у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении, что подтверждено заключением психолого-медико-педагогической комиссии

16.6. | | обеспокоенность родителей или законных (уполномоченных) представителей развитием и поведением ребенка, не относящегося к категории детей, указанных в подпунктах 16.1–16.5 пункта 16

16.6.1. | | наличие у ребенка задержки развития и отклонений в поведении (без категории "ребенок с ОВЗ")

16.6.2. | | наличие у ребенка ограничений жизнедеятельности (без категории "ребенок-инвалид")

17. Документ, подтверждающий отнесение ребенка и его семьи к потенциально нуждающимся в реализации мероприятий и оказании услуг по ранней помощи:

N \_\_\_\_\_ дата составления (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

## III. Определение потребности ребенка и его семьи в реализации мероприятий

**и оказании услуг, предусмотренных стандартом оказания услуг  
по ранней помощи детям и их семьям**

18. Причины обращения семьи:

19. Результаты определения потребности ребенка и семьи в мероприятиях и услугах по ранней помощи на первичном приеме:

19.1. Заключение о степени выраженности затруднений активности и участия ребенка по областям жизнедеятельности согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренной на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г. (далее - МКФ):

Области жизнедеятельности	Показатели степени выраженности затруднений активности и участия ребенка				
	Нет затруднений 0 баллов	Легкие затруднения 1 балл	Умеренные затруднения 2 балла	Тяжелые затруднения 3 балла	Абсолютные затруднения 4 балла
Обучение и применение знаний					
Общие задачи и требования					
Общение					
Мобильность					
Самообслуживание					
Бытовая жизнь					
Межличностные взаимодействия					
Главные сферы жизни					
Жизнь в сообществах					

19.2. Заключение о нарушениях функций организма у ребенка согласно МКФ (заполняется по данным медицинской документации при наличии)

Функции	Наличие нарушений (степень выраженности)
Умственные функции (функции сознания, интеллектуальные функции, волевые и побудительные функции, функции сна, функции внимания, памяти, восприятия, функции эмоций)	
Сенсорные функции и боль (функции зрения, слуха, вестибулярные функции)	
Функции голоса и речи	
Функции сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем (функции сердца, функции	

системы крови, функции иммунной системы (аллергические реакции, гиперчувствительность), функции дыхания)		
Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (функции приема пищи, пищеварения, дефекации, функции сохранения массы тела, функции эндокринных желез)		
Урогенитальные и репродуктивные функции (функции мочеиспускания)		
Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции (функции подвижности суставов, функции мышечной силы и тонуса, контроль произвольных двигательных функций, непроизвольные двигательные функции)		
Функции кожи и связанных с ней структур (функции кожи, волос и ногтей)		

19.3. Заключение о наличии факторов окружающей среды, отражающихся на жизнедеятельности ребенка и семьи:

Факторы окружающей среды	Облегчающие (ресурсы) факторы	Барьеры
Продукция и технологии: - продукты, лекарства, одежда, обувь, бытовые приборы; - специализированное оборудование для индивидуального использования (протезы, ортезы и прочее); - средства передвижения; - оборудование для коммуникации, для приобретения знаний; - обустройство жилья		
Поддержка и взаимосвязи (семья и ближайшие родственники, друзья, знакомые семьи, профессиональные медицинские работники и другие)		
Установки социального окружения ребенка		

20. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов по определению потребности ребенка и его семьи в мероприятиях и услугах:



Ознакомлен, согласен \_\_\_\_\_  
(подпись родителя) (расшифровка)

### VI. Рекомендации междисциплинарной команды специалистов для получателя услуг

Дата \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Рекомендации даны получателю услуг:

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии)  
Мероприятия реализованы и услуги оказаны в период: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Форма реализации мероприятий и услуг:

- полустационарная форма
- стационарная форма
- на дому, в том числе дистанционно с применением информационно-коммуникационных технологий

Перечень реализованных мероприятий и оказанных услуг:

---

---

Рекомендации междисциплинарной команды специалистов, реализующих мероприятия и оказывающих услуги по ранней помощи:

Рекомендации специалиста: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

				ивид уаль но	груп пе	о	анци онно	

**Консультация со специалистом: № \_\_\_**

Дата \_\_\_\_\_ очно/ дистанционно/ индивидуально/ в группе

ФИО специалиста \_\_\_\_\_

Тема консультации: \_\_\_\_\_

Рекомендации родителям:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Изменения со слов родителя:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Динамика (изменения, которые видит специалист):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Примечание:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата следующей консультации:

Специалист: \_\_\_\_\_  
 (подпись) (расшифровка)