Приложение №6

к распоряжению администрации

города Пыть-Яха

от 22.03.2021 № 514-ра

РЕГЛАМЕНТ

по разработке, утверждению и реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями

(далее – регламент)

В целях организации деятельности по разработке, утверждению и реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями (далее –Маршрут):

1. БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»

- выявляет лиц с расстройствами аутистического спектра, с признаками расстройств аутистического спектра и другими ментальными нарушениями;

- обеспечивает заполнение лицами с расстройствами аутистического спектра, с признаками расстройств аутистического спектра и другими ментальными нарушениями (их законными или уполномоченными представителями) согласия на разработку Маршрута;

- подписанные согласия с приложением сопроводительного письма, в течение 2-х рабочих дней направляет председателю межведомственной рабочей группы.

2. Секретарь межведомственной рабочей группы:

- организует проведение заседания в течение 10 рабочих дней со дня поступления письма и согласия;

- информирует членов межведомственной рабочей группы о проведении заседания и подготовке необходимой информации;

- информирует адресно лицо с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями (законного или уполномоченного представителя) о проведении заседания рабочей группы.

3. БУ «Пыть-Яхская окружная клиническая больница» при подготовке к заседанию межведомственной рабочей группы заполняет форму «Общие сведения о лице с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями для разработки непрерывного индивидуального маршрута комплексной реабилитации», в соответствии с приложением № 1 к настоящему Регламенту, передает ее секретарю межведомственной рабочей группы.

4. Члены межведомственной рабочей группы:

* разрабатывают адресные мероприятия для включения в проект Маршрута по направлениям деятельности, выносят для рассмотрения и согласования на заседание;
* обеспечивают исполнение мероприятий Маршрута по своему направлению деятельности;
* при необходимости направляют предложения по внесению изменений в маршрут.

5. Секретарь межведомственной рабочей группы не позднее 3 рабочих дней после заседания оформляет и обеспечивает подписание протокола и его направление в адрес членов межведомственной рабочей группы. Срок предоставления членами межведомственной рабочей группы информации по исполнению протокольных поручений в секретариат межведомственной рабочей группы в части составления маршрута – не более 5 рабочих дней со дня, следующего за днем получения протокола.

6. Индивидуальные маршруты комплексной реабилитации людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями разрабатываются на период установления инвалидности, пересматриваются не реже 1 раза в год.

7. Секретарь межведомственной рабочей группы обеспечивает подготовку и подписание маршрута в течение 5 рабочих дней после истечения срока предоставления информации членами межведомственной рабочей группы. В течение 2 рабочих дней после утверждения маршруты передаются в Департамент образования и молодежной политики г. Пыть-Яха для вручения под роспись адресно лицам, на законных основаниях, давших согласие. Экземпляр с отметкой о вручении возвращается секретарю межведомственной рабочей группы.

1. Для оценки качества оказываемых услуг в рамках межведомственного комплексного сопровождения:

- департамент образования и молодежной политики г.Пыть-Яха, при взаимодействии с родителями (законными представителями) целевой группы обеспечивает заполнение ими анкеты обратной связи, установленной приложением № 2 к настоящему Регламенту. Результаты анкетирования рассматриваются на ближайшем очередном заседании межведомственной рабочей группы, принимаются соответствующие решения;

- члены межведомственной рабочей группы ежегодно не позднее 15 сентября направляют в адрес председателя рабочей группы «Мониторинг эффективности реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации людей с инвалидностью» согласно приложения № 3 к настоящему регламенту.

Приложение № 1 к Регламенту

**Общие сведения о лице с инвалидностью для разработки непрерывного индивидуального маршрута комплексной реабилитации**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО лица с инвалидностью |  |
| Дата рождения |  |
| Адрес проживания |  |
| Период установления инвалидности |  |
| ФИО родителя  (законного представителя),  контактные данные |  |
| Перенесенные заболевания |  |
| Группа здоровья |  |
| Диагноз психолого-медико-педагогической комиссии |  |
| Уровень самостоятельности (нужное подчеркнуть) | полная самостоятельность  относительная самостоятельность  самостоятельность с помощью  невозможность самостоятельности |
| Рекомендованы услуги по сопровождению:  Медицинские услуги:  Социальные услуги:  Образовательные услуги:  Услуги учреждений культуры:  Услуги учреждений спорта:  Услуги содействия занятости:  Услуги ФСС:  Иное: |  |

Приложение № 2 к Регламенту

**АНКЕТА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ**

Уважаемые родители, ответьте, пожалуйста, на наши вопросы!

Ваши ответы помогут усовершенствовать нашу работу,   
повысить качество оказания услуг.

Отвечая на вопросы, можно подчеркивать, обводить номер, дописывать.

1. Даю своё согласие на обработку моих персональных данных, в соответствии   
   с политикой конфиденциальности: да, нет
2. Ваши Ф.И.О., возраст, образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. В работе с ребенком участвовали специалисты (подчеркните): врач-педиатр, медицинский персонал, психолог, логопед, педагог, воспитатель, инструктор   
   по физической культуре, инструктор-методист по адаптивной физической культуре, социальные работники, другие (напишите)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Удовлетворены ли Вы качеством предоставленных услуг?

- Удовлетворен(а) в полной мере

- Удовлетворен(а) частично, потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Не удовлетворен(а), потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Затрудняюсь ответить, потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Не удовлетворен(а) качеством предоставленной услуги, потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Удовлетворены ли Вы результатом предоставленных услуг? (поясните свой ответ)

- Удовлетворен(а) в полной мере

- Удовлетворен(а) частично, потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Не удовлетворен(а), потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Затрудняюсь ответить, потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Не удовлетворен(а) качеством предоставленной услуги, потому что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Какие трудности вы испытывали при получении услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Какой вид помощи Вы бы хотели еще получить(подчеркните):

- информирование о новейших технологиях работы с детьми, имеющих ментальные нарушения (лекции, брошюры, памятки, буклеты и др.);

-участие в мероприятиях просветительской и профилактической направленности (семинары, вебинары);

-встречи с узкими специалистами по вопросам развития и воспитания ребенка   
с ментальными нарушениями;

-участие в родительской гостиной, клубах (психологической и логопедической направленности), Совете родителей;

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ваши предложения и пожелания по совершенствованию качества предоставляемых услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Благодарим за помощь!**

Приложение № 3 к Регламенту

**Мониторинг эффективности реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации людей с инвалидностью**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии эффективности индивидуального маршрута/ исполнители** | **Учреждения социального обслуживания** | **Образователь-ные организации**  **(сад/ школа/ колледж)** | **Медицинские организации** | **Организации физической культуры и спорта** | **Организации культуры** | **Центр занятости** | **Эффектив-ность \*** |
|  | Количество пройденных курсов реабилитации, посещения образовательного процесса, количество мероприятий по оказанию медицинской помощи инвалиду (ребенку-инвалиду) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Выполнение мероприятий индивидуального маршрута сопровождения инвалида (ребенка-инвалида)  (выполнено в полном объёме/ частично / не выполнено) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Уровень достижения цели/задачи реабилитации |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Динамика развития инвалида (ребенка-инвалида)  (динамика: положительная/ незначительная/ на прежнем уровне) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Прохождение ПМПК, в случае необходимости (указывается дата) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Созданы необходимые условия по организации обучения (да/нет) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сформированность коммуникативных, трудовых навыков у инвалида (ребенка-инвалида) (сформировано в полном объёме/ частично / не сформировано) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сформированность профессионального самоопределения, наличие профессиональной и социальной компетентности получателя услуг (сформировано в полном объёме/ частично / не сформировано) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Включение родителей или законных представителей ребенка-инвалида в культурно-досуговый сектор  (в полном объёме/ частично/ не посещал) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Включение инвалида (ребенка-инвалида) в социокультурное пространство (дополнительное образование: посещение кружков, секций и т.д.)  (название кружка, периодичность и продолжительность посещения) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Повышение родительских компетенций в сфере жизнедеятельности людей с инвалидностью  (название и количество круглых, столов, лекториев, школ и т.д.) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Уровень удовлетворенности самого инвалида, его родителей (законных представителей) ребенка-инвалида предоставленными услугами (анкета) |  |  |  |  |  |  |  |

\*Заполнение оценки эффективности: «достигнута эффективность», «частично достигнута эффективность», «не достигнута эффективность».