

**Программа
социальной адаптации**
(далее - программа)

Заявитель	_____
	(Ф.И.О., дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность)

Разработчик Программы	_____
	(название центра социальной защиты населения)
Цель Программы	<ul style="list-style-type: none"> • стимулировать активные действия малоимущей семьи, малоимущего одиноко проживающего гражданина по преодолению трудной жизненной ситуации
Задачи Программы	разработать совместно с Заявителем мероприятия, которые направлены на преодоление им, его семьей трудной жизненной ситуации
Срок реализации Программы	_____ месяцев со дня заключения социального контракта

1. Сведения о Заявителе (семье Заявителя)

Заявитель (Ф.И.О., дата рождения, род занятий)	
Супруг/супруга (Ф.И.О., дата рождения, род занятий)	
Дети (Ф.И.О., дата рождения, род занятий)	
Другие члены семьи (Ф.И.О., дата рождения, степень родства, род занятий)	

Адрес регистрации по месту жительства	
Адрес регистрации по месту пребывания	
Адрес фактического проживания	
Жилищные условия	
Санитарная культура	
Среднедушевой доход до заключения социального контракта	
Основные источники доходов	
Наличие личного подсобного хозяйства	
Натуральные поступления из личного подсобного хозяйства	
Меры социальной поддержки, которыми пользуется	
Трудная жизненная ситуация (ситуация (ситуации), объективно нарушающая жизнедеятельность, которую Заявитель (семья Заявителя) не может преодолеть самостоятельно)	
Причины трудной жизненной ситуации	

3. Затраты на выполнение мероприятий Программы
(для определения размера государственной социальной помощи
на основании социального контракта и сроков ее
выплаты - для граждан, которым необходимо оказание
государственной социальной помощи на основании социального
контракта для осуществления индивидуальной предпринимательской деятельности):

Номер мероприятия, для выполнения которого необходимы затраты	Наименование затрат	Необходимая сумма (рублей)	Срок, в который необходимо поступление денежных средств	Необходимая периодичность поступлений (ежемесячно или единовременно)

4. Органы (организации), взаимодействие с которыми
необходимо в целях содействия в реализации Заявителем
(семьей заявителя) мероприятий, предусмотренных Программой

Название органа (организации)	Необходимые услуги

5. Дополнительная информация

Подпись заявителя

_____ / _____

Дата

Подписи членов комиссии:

1. _____ / _____

2. _____ / _____

3. _____ / _____

4. _____ / _____

5. _____ / _____

6. _____ / _____

7. _____ / _____

8. _____ / _____

9. _____ / _____