

**Акт**  
**сдачи-приемки оказанных социальных услуг**  
**№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.**

Настоящий Акт составлен о том, что согласно договору от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_, заключенному между Исполнителем, Государственным бюджетным учреждением «Комплексный центр социального обслуживания населения Шатковского района», в лице директора \_\_\_\_\_ и Заказчиком \_\_\_\_\_,  
(ФИО получателя социальных услуг)  
за период с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. Заказчику оказаны в срок и с надлежащим качеством следующие социальные услуги:

№п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления социальной услуги
	Итого:	

Заказчику оказаны мероприятия социальной реабилитации или абилитации, реализуемые в ГБУ «КЦСОН Шатковского района» в соответствии с ИПРА инвалида, в соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в соответствии с приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2015г. №528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» от 15.10.2015г. №723-н «Об утверждении формы и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации, об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы».

С оказанными услугами согласен, претензий к объему, качеству и срокам оказания социальных услуг не имею:

Заказчик \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись получателя социальных услуг) \_\_\_\_\_ (дата)

Исполнитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись сотрудника, предоставившего услуги) \_\_\_\_\_ (дата)