

**АКТ**  
**обследования социально-бытовых условий проживания**  
**гражданина пожилого возраста и (или) инвалида**  
 № \_\_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<b>1.</b>	<b>Фамилия</b>		<b>Имя</b>		<b>Отчество</b>	
<b>2.</b>	<b>Число, месяц, год рождения</b>					
<b>3.</b>	<b>Адрес места жительства (пребывания)</b>					
	<b>Телефон</b>					
<b>4.</b>	<b>Группа инвалидности</b>					
	<b>Срок переосвидетельствования</b>					
<b>5.</b>	<b>Категория</b> (Инвалид ВОВ, участник ВОВ, инвалид боевых действий, вдова участника ВОВ, ветеран труда, труженик тыла, гражданин, подвергшийся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС ("Маяк" сбросов в речку Течу), гражданин, признанный пострадавшим от политических репрессий, реабилитированный, беженец, вынужденный переселенец, лицо без определенного места жительства, лицо, освободившееся из мест лишения свободы)					
<b>6.</b>	<b>Семейное положение</b>					
<b>7.</b>	<b>Состав семьи (заполняется на каждого члена семьи, в том числе проживающего отдельно)</b>					
	<b>Степень родства</b>	<b>ФИО</b>	<b>Дата рождения</b>	<b>Место работы, учебы</b>	<b>Адрес места жительства</b>	<b>Сведения о совместном проживании, ведении совместного хозяйства</b>
<b>8.</b>	<b>Родственники, проживающие отдельно</b>					
	<b>Степень родства</b>	<b>ФИО</b>	<b>Дата рождения</b>	<b>Место работы, учебы</b>	<b>Адрес места жительства</b>	<b>Сведения о совместном проживании, ведении совместного хозяйства</b>
<b>10.</b>	<b>Причины, по которым родственники не могут осуществлять уход</b>					
<b>11.</b>	<b>Вид жилого помещения по месту фактического проживания</b> (квартира, комната в квартире, частный дом и т.д.)					
<b>12.</b>	<b>Наличие благоустройства</b> (указать наличие центрального отопления, водопровода, горячей воды)					
<b>13.</b>	<b>Санитарно-гигиенические условия проживания</b> (хорошие, удовлетворительные, плохие, иное)					
<b>14.</b>	<b>Жилищно-бытовые условия проживания</b> (наличие мебели, бытовой и кухонной техники и т.д.)					
<b>15.</b>	<b>Вспомогательные средства, используемые для передвижения</b> (костыли, ходунки, трость, кресло-коляска)					

<b>16.</b>	<b>Вывод:</b>	
------------	---------------	--

Все сведения, изложенные в настоящем акте, представлены мною лично/законным представителем в добровольном порядке и соответствуют действительности.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(ФИО и подпись заявителя/ законного представителя)

Специалист отдела по  
работе с ветеранами и инвалидами  
УСЗН Советского района \_\_\_\_\_  
(должность лица, осуществляющего обследование (подпись) условий проживания)

Специалист по социальной  
работе ГБУ «Центр компетенций социального  
обслуживания» \_\_\_\_\_  
(должность лица, осуществляющего обследование (подпись) условий проживания)