Приложение к приказу

От « \_\_» \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_

**Индивидуальный маршрут**

**комплексной реабилитации людей с расстройствами аутистического спектра**

**и другими ментальными нарушениями**

|  |  |
| --- | --- |
| **С индивидуальным маршрутом** **комплексного сопровождения** **ознакомлен (а), согласен (а)** родитель (законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Фамилия, инициалы «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  | **Утверждаю:**Председатель межведомственной рабочей группы по разработке, утверждению и реализации непрерывных индивидуальных маршрутов комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями и молодых инвалидов с учетом необходимости преемственности в работе с детьми и молодыми инвалидами целевой группы по их сопровождению\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  |

1. **Общие сведения о сопровождаемом (ребенке-инвалиде), членов его семьи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | ФИО ребенка |  |
| 2. | Дата рождения |  |
| 3. | Домашний адрес |  |
| 4. | Контактный телефон | Мать: Отец: |
| 5. | ФИО родителей (законных представителей) | Мать: Отец:  |
| 6. | Место работы, должность родителей (законных представителей), контактные телефоны | Мать: Отец: |
| 7. | Причина, обстоятельство комплексного сопровождения |  |
| 8. | Дата постановки на комплексное сопровождение |  |
| 9. | Сроки комплексного сопровождения |  |
| 10. | Дополнительные сведения |  |

1. **План мероприятий комплексного сопровождения**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **1. Организация медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации** |
| 1. | Организация медицинского обследования несовершеннолетнего, проведение скрининга детей в возрасте от 16 до 24 месяцев на выявление нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения РАС |  |  |  |  |
| 2. | Наблюдение у врачей специалистов, в том числе у врача педиатра, врача психиатра |  |  |  |  |
| 3. | Оказание медицинской помощи (в условиях стационара и на амбулаторном этапе) |  |  |  |  |
| 4. | Организация лекарственного обеспечения  |  |  |  |  |
| 5. | Получение медицинских и реабилитационных услуг |  |  |  |  |
| 6. | Повышение родительских компетенций в сфере воспитания детей с ментальными нарушениями, обучение родителей навыкам общего ухода за детьми-инвалидами |  |  |  |  |
| 7. | Направление на психолого-медико-педагогическую комиссию (при наличии показаний) |  |  |  |  |
| 8. | Направление на медико-социальную экспертизу (при наличии показаний) |  |  |  |  |
| 9. | Социально – медицинская реабилитация и абилитация |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **2. Педагогическая реабилитация** (формы обучения, адаптированная общеобразовательная программа) |
| 1. | Организация психолого-медико-педагогического обследования  |  |  |  |  |
| 2. | Определение вариативной модели индивидуального образовательного маршрута.Обеспечение получения образования согласно выбранной форме обучения и оказание специализированной помощи в освоении содержания образования и коррекции недостатков в познавательной и эмоционально-личностной сфере обучающегося |  |  |  |  |
|  |
| 3. | Обучение в образовательных организациях |  |  |  |  |
| 4. | Определение в группу продленного дня, дошкольное учреждение |  |  |  |  |
| 5. | Включение в систему дополнительного образования |  |  |  |  |
| 6. | Повышение родительской компетентности. Консультирование по психолого-физиологическим особенностям детей с признаками РАС и с РАС |  |  |  |  |
| 7. | Создание фонда методических рекомендаций, пособий, игр и оборудования для предоставления во временное пользование семьям с целью проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях |  |  |  |  |
| 8. | Формирование и развитие речи, навыков общения |  |  |  |  |
| 9. | Предоставление коррекционно-развивающих занятий, в том числе в соответствии с ФГОС  |  |  |  |  |
| 10. | Оказание коррекционно-развивающей, компенсирующей и  логопедической помощи обучающимся |  |  |  |  |
| 11. | Содействие в организации летнего отдыха детей и др. |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **3. Психологическая реабилитация** (диагностика, консультирование, коррекция) |
| 1. | Информирование об учреждениях, оказывающих психологические услуги (месте их нахождения и графике работы) |  |  |  |  |
| 2. | Углубленная психологическая диагностика |  |  |  |  |
| 3. | Проведение индивидуальной (групповой) терапии |  |  |  |  |
| 4. | Психологическое консультирование, коррекция, реабилитация, тренинги |  |  |  |  |
| 5. | Коррекция психологического состояния и семейных отношений родителей с детьми |  |  |  |  |
| 6. | Работа с социальным окружением семьи |  |  |  |  |
| 7. | Организация групп поддержки для семей |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **4. Социальная реабилитация** (тренировка навыков и умений в самостоятельной независимой жизни, формирование социально-значимых навыков и умений, в том числе социального поведения) |
| 1. | Организация участия родителей и детей в работе семейных клубов, объединений |  |  |  |  |
| 2. | Социальная поддержка семьи, патронирование |  |  |  |  |
| 3. | Организация социального сопровождения семей, включающего медицинскую, психологическую, педагогическую, юридическую, социальную помощь |  |  |  |  |
| 4. | Предоставление социальных услуг в рамках технологии «Передышка» |  |  |  |  |
| 5. | Организация групп поддержки для семей  |  |  |  |  |
| 6. | Повышение родительских компетенций на курсах, лекториях  |  |  |  |  |
| 7. | Посещение мероприятий духовно-нравственной направленности |  |  |  |  |
| 8. | Содействие в организации семейного досуга (экскурсии, поездки, праздники) |  |  |  |  |
| 9. | Организация участия родителей и детей в работе семейных клубов, объединений |  |  |  |  |

\*

|  |
| --- |
| **5. Социокультурная реабилитация** (включение в занятия спортом и творчеством в учреждениях дополнительного образования, учреждениях культуры и спорта) |
| 1. | Организация участия в спортивно - массовых мероприятиях |  |  |  |  |
| 2. | Организация клубной работы, посещение кружков, секций в учреждениях дополнительного образования, культуры и спорта |  |  |  |  |
| 3. | Библиотечное обслуживание лиц с РАС, посещение специальных и общедоступных мероприятий музеев, театров, библиотек, культурно-досуговых учреждений |  |  |  |  |
| 4. | Организация и проведение творческих фестивалей, выставок художественного и прикладного искусства |  |  |  |  |
| 5. | Организация участия родителей и детей в работе семейных клубов, объединений |  |  |  |  |
| 6. | Консультирование родителей (законных представителей) по вопросам организации досуга, проведения развлекательных мероприятий, программ дополнительного образования  |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **6. Обеспечение техническими средствами реабилитации** |
| 1. | Содействие в обеспечении техническими средствами реабилитации |  |  |  |  |

\*

|  |
| --- |
| **7. Средовая реабилитация** (программы повседневной бытовой реабилитации,применение ТСР в повседневной жизни в различных ситуациях быта и занятости) |
| 1. | Формирование и развитие социально-бытовых навыков |  |  |  |  |
| 2. | Развитие двигательной активности |  |  |  |  |
| 3. | Адаптация к социальной среде и социализация детей |  |  |  |  |
| 4. | Содействие в организации занятий различными адаптивными видами спорта (туризм, лыжный спорт, велоспорт, плавание, спортивные игры, конный спорт и пр.) |  |  |  |  |
| 5. | Консультирование родителей (законных представителей) по вопросам организации занятий спортом, оздоровления, участия в массовых спортивных мероприятиях  |  |  |  |  |
| 6. | Обучение навыкам поведения в быту и общественных местах, в т.ч. обучение персональной сохранности (включает овладение мерами безопасности, знаниями и навыками в таких видах деятельности, как пользование газом, электроприборами, туалетом, ванной, лекарствами, транспортом, переходами на улице, пользование уличными знаками и др.); навыкам и социальной независимости (включает освоение знаний и навыков, позволяющих инвалиду приготавливать пищу, убирать помещение, стирать белье, осуществлять ремонт одежды, работать на приусадебном участке, пользоваться транспортом, в том числе «социальным такси», посещать магазины, посещать предприятия бытового обслуживания); обучение ребенка навыкам самостоятельного проживания в условиях тренировочной квартиры |  |  |  |  |
| 7. | Оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **8. Профессиональная реабилитация** (профессиональная ориентация, профессиональное обучение, содействие трудоустройству) |
| 1. | Информирование и консультирование лиц с РАС и другими ментальными расстройствам, их родителей (законных представителей) по вопросам предоставления государственных услуг в области содействия занятости населения |  |  |  |  |
| 2. | Организация профессиональной ориентации в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, прохождения профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования |  |  |  |  |
| 3. | Организация профессионального обучения и дополнительного профессионального образования  |  |  |  |  |
| 4. | Содействие трудоустройству  |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **9. Оздоровление** (мероприятия по оздоровлению, в том числе реабилитация в учреждениях социального обслуживания,и в рамках санаторно-курортного лечения) |
| 1. | Прохождение курсов социально-медицинской реабилитации на базе учреждений социального обслуживания согласно мероприятий индивидуальной программы реабилитации и абилитации |  |  |  |  |
| 2. | Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни и др. |  |  |  |  |
| 3. | Оформление санаторно-курортной карты |  |  |  |  |

\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятие** | **Срок реализации** | **Участники комплексного сопровождения** | **Ответственный, контактный телефон** | **Отметка о выполнении** |
| **10. Правовая, юридическая помощь** |
| 1. | Проведение дней информации, распространение информационных буклетов.Организация для родителей консультации юриста |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2. | Содействие в оформлении или переоформлении документов, получении установленных законодательством льгот и выплат |  |  |  |  |
| 3. | Содействие получению гражданами бесплатной юридической помощи |  |  |  |  |
| 4. | Консультирование по вопросам самообеспечения и улучшения своего материального положения и жизненного уровня семьи в соответствии с действующим законодательством |  |  |  |  |
| 5. | Консультирование семей по социально-правовым вопросам (гражданское, жилищное, семейное, трудовое, пенсионное, уголовное законодательство, права детей, женщин, отцов, инвалидов и др.) |  |  |  |  |
| 6. | Содействие в подготовке и направлении соответствующим адресатам документов (заявлений, жалоб, справок и др.), необходимых для практического решения этих вопросов и др. получение материальной помощи (в натуральной форме) |  |  |  |  |
| 7. | Содействие в оформлении мер социальной поддержки |  |  |  |  |
| 8. | Содействие в оформлении компенсации оплаты за детский сад |  |  |  |  |
| 9. | Содействие в получении справок для оформления льгот и пособий учащимся и студентам |  |  |  |  |

\*

1. **Заключение о выполнении плана мероприятий комплексного сопровождения в рамках непрерывного маршрута**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Рекомендации**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Председатель межведомственной рабочей группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Члены рабочей группы**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Должность, место работы подпись Фамилия, имя, отчество

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Критерии эффективности непрерывного индивидуального маршрута комплексной реабилитации**

**людей с расстройствами аутистического спектра, другими ментальными нарушениями**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Критерии эффективности индивидуального маршрута/ исполнители** | **Учреждения социального обслуживания** | **МАДОУ ДСКВ «Югорка»** | **Медицинские организации** | **Организации физической культуры и спорта** | **Организации культуры** | **Центр занятости** | **Эффективность (достигнута/ не достигнута)** |
|  | Количество пройденных курсов реабилитации, посещения образовательного процесса, количество мероприятий по оказанию медицинской помощи. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Выполнение мероприятий индивидуального маршрута сопровождения (выполнено в полном объёме/ частично/ не выполнено) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Динамика развития ребёнка (положительная, незначительная, динамика на прежнем уровне). |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Прохождение ПМПК (указывается дата) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сформированность коммуникативных, трудовых навыков |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сформированность профессионального самоопределения, наличие профессиональной и социальной компетентности получателя услуг |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | **Критерии эффективности индивидуального маршрута/ исполнители** | **Учреждения социального обслуживания** | **МАДОУ ДСКВ «Югорка»** | **Медицинские организации** | **Организации физической культуры и спорта** | **Организации культуры** | **Центр занятости** | **Эффективность (достигнута/ не достигнута)** |
|  | Включение родителей в культурно-досуговый сектор (в полном объёме/ частично/ не посещал). |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Включение ребёнка в социокультурное пространство (дополнительное образование: посещение кружков, секций и т.д.) (указать название кружка) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Повышение родительских компетенций в сфере жизнедеятельности детей с РАС и другими ментальными нарушениями (круглые, столы, лектории, школы и т.д.). |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Уровень удовлетворенности родителей или законных представителей ребёнка (анкета для родителей, воспитывающих ребёнка с РАС и др. ментальными нарушениями). |  |  |  |  |  |  |  |

**Ответственные лица:**

Заведующий МАДОУ ДСКВ «Югорка» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

И.О. заведующего филиала БУ ХМАО – Югры «Лангепасский комплексный

центр социального обслуживания населения» в г. Покачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор МАУ ДК «Октябрь» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор МАУ ДО «Детская школа искусств» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор МАУ «Городская библиотека им. А.А. Филатова» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор МАУ «Краеведческий музей» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор МАУ СОК «Звездный» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор МАУ «Спортивная школа» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Родители (законные представители): с *индивидуальным маршрутом по реализации модели реабилитационно-образовательного сопровождения моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ознакомлен и согласен (не согласен\*)***

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

 ФИО полностью подпись дата

*\*Заполняется в случае отказа от реабилитационно-образовательного сопровождения ребенка, имеющего особенности развития*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование организации,** **от услуг которой отказывается семья** | **Причины отказа** | **Дата отказа** | **Подпись родителя (законного представителя)** |
|  | МАДОУ ДСКВ «Югорка»  |  |  |  |
|  | Филиал БУ ХМАО – Югры «Лангепасский комплексный центр социального обслуживания населения» в г. Покачи |  |  |  |
|  | МАУ ДК «Октябрь» |  |  |  |
|  | МАУ ДО «Детская школа искусств» |  |  |  |
|  | МАУ «Городская библиотека имени А.А. Филатова» |  |  |  |
|  | МАУ «Краеведческий музей» |  |  |  |
|  | МАУ СОК «Звездный» |  |  |  |
|  | МАУ «Спортивная школа» |  |  |  |