

Отчет о деятельности комплексного центра социального обслуживания населения

Муниципальное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения» Кузинского муниципального района Челябинской области за 2022 год
(наименование учреждения)

I. Сводная информация о работе

Форма № 1

Наименование отделений*	Кол-чество отделе-ний	Количество ставок по штатному расписанию/ фактически работников															Количество граждан, получивших социальные услуги					Количество оказанных социальных услуг		
		Всего			В том числе												план**	Фактически обслужено граждан за отчетный период***	в т.ч. по категориям			Всего***	в т.ч. консу-льтажи	
					заведующие отделениями			социальные работники			медицинские работники			иные работники					ветераны ВОВ****	дети погибших защитников отечества	инвалиды			Иные категории
		План (ставка)	Факт (ставка)	Факт (человек)	План (ставка)	Факт (ставка)	Факт (человек)	План (ставка)	Факт (ставка)	Факт (человек)	План (ставка)	Факт (ставка)	Факт (человек)	План (ставка)	Факт (ставка)	Факт (человек)								
Отделение срочного социального обслуживания	1	9,5	8,0	8	1,0	1,0	1	1,0	0	0	0	0	0	7,5	7,0	7	-	577	39	0	111	427	1119	514
Отделение социального обслуживания на дому	3	52,0	52,0	45	3,0	3,0	3	49,0	49,0	42	0	0	0	0	0	0	420	502	24	18	128	332	104271	6
Отделение	1	10,4	10,4	12	1,0	1,0	1	0	0	0	2,15	2,15	2	7,25	7,25	9	360	500	0	22	133	345	18301	458

дневного пребывания в т.ч. внебюджет		2,25	2,25	3	0	0	0	0	0	0	0,5	0,5	1	1,75	1,75	2									
ИТОГО:	5	71,9 2,25	70,4 2,25	65 3	5,0	5,0	5	50,0	49,0	42	2,15 0,5	2,15 0,5	2 1	14,7 5 1,75	14,7 5 1,75	16 2	780	1579	63	40	372	1104	123691	978	

*Отделение срочного социального обслуживания, отделение социального обслуживания на дому, отделение социально-медицинского обслуживания на дому, отделение дневного пребывания, отделение помощи семье и детям, отделение реабилитации (при наличии), отделение временного проживания (при наличии)

** плановые показатели предусмотрены для отделения социального обслуживания на дому, отделения социально-медицинского обслуживания на дому, отделения дневного пребывания, отделения временного пребывания

*** предоставлены социальные услуги в соответствии с Порядками предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания

**** в соответствии с Федеральным законом "О ветеранах" от 12.01.1995 N 5-ФЗ

Подпись директора, заместителя директора КЦСОН _____ А.А.Гаврилова

Исполнитель (полностью ФИО), телефон 8(35154)3-16-56