Проект

Согласовано

председателем территориальной

рабочей группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.,

должность

Социальный паспорт семьи военнослужащего

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

1. Общие сведения о военнослужащем

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | ФИО |  |
| 2. | Дата рождения |  |
| 3. | Домашний адрес |  |
| 4. | Семейное положение  (наличие регистрации брака) |  |
| 5. | Место работы, должность |  |
| 6. | Наличие льготной категории  (указать) |  |
| 7. | Жилищно-бытовые условия проживания (собственный дома; благоустроенная/  неблагоустроенная квартира; общежитие; арендуемое жилье; балок) |  |

1. Сведения о совместно проживающих членах семьи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Степень родства | Дата рождения | Место работы, учебы | Наличие льготной категории  (указать) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. В каких видах помощи нуждается семья военнослужащего

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. План мероприятий межведомственного сопровождения семьи военнослужащего

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Мероприятие | Срок реализации | Ответственные,  контактный телефон | | Отметка  о выполнении |
| 1. Организация психологической помощи | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Организация медицинской помощи | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Содействие трудоустройству | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Организация занятости детей, получения образования | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Правовая, юридическая помощь | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Оказание финансовой помощи, в т.ч. мер социальной поддержки, срочной социальной помощи, благотворительной помощи | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Оказание помощи в уходе за несовершеннолетним, пожилым родственником | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 1. Оказание помощи в быту | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

ФИО и подпись совершеннолетнего члена семьи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность и подпись специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_