



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

23.12.2025

№ 43

О внесении изменений в приказ Департамента социальной защиты населения
Томской области от 29.11.2024 № 41

В соответствии с частью 5 статьи 20 Закона Томской области от 7 марта
2002 года № 9-ОЗ «О нормативных правовых актах Томской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента социальной защиты населения Томской
области от 29.11.2024 № 41 «Об определении Порядка организации
сопровождаемого проживания инвалидов в Томской области» (Официальный
интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 03.12.2024,
№ 7001202412030027) следующие изменения:

в Порядке организации сопровождаемого проживания инвалидов в
Томской области, утвержденном указанным приказом:

1) приложение № 2 изложить в новой редакции согласно приложению № 1
к настоящему приказу;

2) приложение № 5 изложить в новой редакции согласно приложению № 2
к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального
опубликования.

Начальник Департамента



М.А. Киняйкина

Мурмулева Ю.Г.

Государственная регистрация
Дата: 24.12.2025
Номер: 1936-59/2025

Приложение № 1
к приказу Департамента социальной
защиты населения Томской области
от 23.12.2025 № 43

Форма

В _____
(наименование уполномоченной организации, в которую
предоставляется заявление)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида)

(дата рождения, СНИЛС инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской
области)

(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

(адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа,
органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление
о предоставлении услуг сопровождаемого проживания

Прошу _____
(вписать слова «предоставить», «уточнить», «скорректировать»)
услуги сопровождаемого проживания, оказываемые поставщиком социальных услуг

(указывается поставщик социальных услуг)

На срок:
пожизненно ___; на период инвалидности ___, на период с _____ по _____

В предоставлении (корректировке, уточнении) услуг сопровождаемого проживания
нуждаюсь по следующим обстоятельствам:

Обстоятельства, с учетом которых предоставляются услуги сопровождаемого проживания	Отметка о наличии обстоятельств: (вписать слова по смысловому содержанию)
полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать	

основные жизненные потребности в силу наличия инвалидности	
в целях адаптации к самостоятельной жизни	
обстоятельства, объективно препятствующие выполнению членами семьи, в том числе близкими родственниками инвалида, обязанностей по уходу за ним (в случае обращения о предоставлении сопровождаемого проживания инвалида, проживающего в семье, или при наличии у него близких родственников	
Иные обстоятельства (указать)	

О себе сообщаю следующие сведения:

Работаю	Учусь	Текущие условия проживания: (проставить отметку «V»)			Имею близких родственников (опекуна (попечителя), которые обеспечивают уход за мной (проставить отметку «да» или «нет»)
(проставить отметку «V»)		одиноко- проживающий	в семье	в стационарной организации социального обслуживания	

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Уведомление о принятом решении прошу направить: _____

(указывается способ направления уведомления: почтовой связью по месту жительства; на адрес электронной почты)

(подпись)

(Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

«_____» _____ 20__ года
(дата заявления)

К заявлению прилагаю следующие документы и сведения (проставить отметку «V»):

копия документа, удостоверяющего личность инвалида;

копия документа, подтверждающего полномочия законного или уполномоченного представителя, при обращении законного или уполномоченного представителя инвалида, и копия документа, удостоверяющего его личность;

копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА инвалида);

заключение медицинской организации об отсутствии медицинских противопоказаний для предоставления услуг в рамках организации сопровождаемого проживания;

решение суда о признании инвалида недееспособным или ограниченно дееспособным (в случае обращения о предоставлении сопровождаемого проживания недееспособному или ограниченному в дееспособности инвалиду);

справка с места работы (учебы) инвалида, содержащая сведения о фактическом местонахождении рабочего (учебного) места инвалида, графике его работы (учебы);

копия направления на получение медицинских услуг, медицинских реабилитационных услуг.

Регистрационный номер заявления _____

Дата приема заявления « ____ » _____ 20 ____ года

Специалист: _____
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

-----линия отреза-----

Регистрационный номер заявления _____

Дата приема заявления « ____ » _____ 20 ____ года

Специалист: _____
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Приложение № 2
к приказу Департамента социальной
защиты населения Томской области
от 23.12.2025 № 43

Форма

В _____
(наименование уполномоченной организации, в которую
предоставляется заявление)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) инвалида)

(дата рождения, СНИЛС инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения о месте проживания (пребывания) на территории Томской
области)

(контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии))

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, наименование
государственного органа, органа местного самоуправления,
общественного объединения, представляющих интересы инвалида)

(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя)

(реквизиты документа, подтверждающего личность представителя)

(адрес места жительства, адрес нахождения государственного органа,
органа местного самоуправления, общественного объединения)

Заявление

о прекращении услуг сопровождаемого проживания инвалида

Прошу прекратить предоставление услуг сопровождаемого проживания инвалида,
оказываемые _____

(указать поставщика социальных услуг)

В предоставлении услуг сопровождаемого проживания не нуждаюсь с _____
(указать дату)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

« _____ » _____ 20____ года
(дата заполнения заявления)