

ПРИКАЗ

30 июля 2020 г.

№ 153

г. Краснодар

**О внесении изменения в приказ от 11.09.2019 г. № 151
об утверждении Положения о порядке приёма на психолого-
педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка
с ограниченными возможностями здоровья,
и оформления возникновения и прекращения отношений между
государственным бюджетным учреждением, осуществляющим
психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр
диагностики и консультирования» Краснодарского края (филиалом)
и родителями (законными представителями)**

В целях совершенствования деятельности ГБУ «Центр диагностики и консультирования» КК, его филиалов по оказанию психолого-педагогической помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ и социальной адаптации, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Положение о порядке приёма на психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, и оформления возникновения и прекращения отношений между государственным бюджетным учреждением, осуществляющим психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края (филиалом) и родителями (законными представителями) (далее – Положение) согласно приложению.

2. Заместителю директора по коррекционно-методической работе Губиной Д.Г., заместителю директора по организационно-методической работе Шабановой Е.Н., руководителям филиалов (Шведчиковой О. Е., Кириченко П В., Гузевой С. В., Сергиенко Е. А., Селиховой М. Н., Шенгелия И. А., Фисенко О. В., Шконда Г. И., Щербининой Т. Я., Степаненко М. Н., Ткаченко Н. В., Белик М. А., Ситниковой И.К., Кацай Н. И.) организовать работу по организации психолого-педагогического сопровождения семьи в соответствии с Положением.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



Т.А. Сидельникова

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу ГБУ «Центр диагностики
и консультирования» КК
от 30.07.2020 г. № 153

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке приёма на психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, и оформления возникновения и прекращения отношений между государственным бюджетным учреждением, осуществляющим психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края (филиалом) и родителями (законными представителями)

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о порядке приёма на психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, и оформления возникновения и прекращения отношений между государственным бюджетным учреждением, осуществляющим психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края (филиалом) и родителями (законными представителями) (далее – Положение) регулирует отношения, возникающие между государственным бюджетным учреждением, осуществляющим психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края (далее – Центр) или его филиалом и родителями (законными представителями) ребёнка с ограниченными возможностями здоровья при организации психолого-педагогического сопровождения семьи. Положение определяет порядок приёма детей в Центр/филиал при организации психолого-педагогического сопровождения семьи, а также порядок оформления возникновения и прекращения отношений между Центром/филиалом и родителями (законными представителями).

1.2. Положение разработано в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка, Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», уставом Центра.

1.3. Положение разработано с целью оказания психолого-педагогической помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

2. Порядок приёма детей

2.1. Правом поступления в Центр/филиал на психолого-педагогическое сопровождение семьи пользуются дети с ограниченными возможностями здоровья (по заключению психолого-медико-педагогической комиссии) в возрасте от 0 до 18 лет, являющиеся гражданами Российской Федерации, зарегистрированные в Краснодарском крае.

2.2. Преимуществом при приёме для организации психолого-педагогического сопровождения семьи пользуются лица, обратившиеся в Центр впервые.

2.3. С Уставом Центра, положением о филиале, с информацией о расписании консультаций, контактных телефонах специалистов можно ознакомиться на информационных стендах Центра/филиала.

2.4. Приём заявлений родителей (законных представителей) детей на организацию психолого-педагогического сопровождения семьи производится в течение календарного года. Заявления регистрируются в Журнале учёта заявлений на психолого-педагогическое сопровождение семьи.

Форма заявления в приложении 1, форма Журнала учёта заявлений на психолого-педагогическое сопровождение семьи в приложении 2 к настоящему Положению.

В заявлении родитель (законный представитель) указывает специалистов, помощь которых рекомендована его ребёнку в заключении психолого-медико-педагогической комиссии.

2.5. Зачисление детей в Центр/филиал на организацию психолого-педагогического сопровождения семьи осуществляется на основании заявления их родителей (законных представителей) и документов:

- документ, удостоверяющий личность ребёнка (свидетельство о рождении, паспорт) – предъявляется при подаче заявления;
- паспорт родителя (законного представителя) – предъявляется при подаче заявления;
- копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии, которая заверяется ответственным специалистом Центра/филиала - прикладывается к заявлению.

2.6. Родителям (законным представителям) ребёнка может быть отказано в приёме на организацию психолого-педагогического сопровождения семьи в Центр/филиал только в случаях:

- предоставление документов, не соответствующих установленным требованиям (пункт 2.5 настоящего Положения);
- полная занятость специалистов Центра/филиала, помощь которых рекомендована ребёнку в заключении психолого-медико-педагогической комиссии.

3. Порядок оформления возникновения и прекращения отношений между Центром/филиалом и родителями (законными представителями) ребёнка

3.1. Основанием для возникновения отношений является договор об организации психолого-педагогического сопровождения (далее – Договор), заключённый между Центром/филиалом и родителем (законным представителем) ребёнка. Срок действия договора от 3 до 6 месяцев.

3.2. Взаимоотношения между Центром/филиалом и родителями (законными представителями) ребёнка регулируются Договором.

Форма Договора в приложении 3 к настоящему Положению.

3.3. После заключения Договора между родителем (законным представителем) и Центром/филиалом специалист Центра/филиала составляет служебную записку на имя директора Центра с просьбой о зачислении ребёнка/детей для организации психолого-педагогического сопровождения семьи. Служебная записка от специалиста филиала согласовывается с его руководителем.

Форма служебной записки в приложении 4 к настоящему Положению.

3.4. Приказ о зачислении ребёнка/детей на психолого-педагогическое сопровождение семьи издаётся директором Центра на основании служебной записки специалиста.

3.5. При получении приказа о зачислении ребёнка на психолого-педагогическое сопровождение семьи заместитель директора Центра/руководитель филиала заносит сведения о ребёнке в Алфавитную книгу учёта детей (форма в приложении 5). Специалист Центра/филиала составляет расписание консультаций, согласовывает его с непосредственным руководителем.

3.6. Основанием для прекращения отношений является приказ об отчислении ребёнка с психолого-педагогического сопровождения семьи, изданный на основании служебной записки специалиста об отчислении ребёнка/детей с психолого-педагогического сопровождения семьи.

Форма служебной записки в приложении 6 к настоящему Положению.

4. Организации психолого-педагогического сопровождения семьи

4.1. Под организацией психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, понимается деятельность, направленная на актуализацию ресурсов семьи, обеспечивающих эффективность ее функционирования, особенно в периоды кризисов, связанных с воспитанием и развитием ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, включает:

- 1) первичное обследование ребёнка специалистом;

2) психолого-педагогическое консультирование родителей (законных представителей) детей.

4.2. До начала психолого-педагогического консультирования родителей (законных представителей) проводится обследование ребёнка. Для этого заключается договор о проведении первичной диагностики между Центром/филиалом и родителем (законным представителем) ребёнка. Первичная диагностика необходима для выявления уровня актуального развития ребёнка и определения тематики консультирования его родителей (законных представителей). По её итогам составляется Карта первичного приёма на психолого-педагогическое сопровождение семьи.

Форма договора о проведении первичной диагностики в приложении 7, форма карты первичного приёма на психолого-педагогическое сопровождение семьи в приложении 8 к настоящему Положению.

4.3. Консультирование родителей (законных представителей) детей осуществляется в соответствии с расписанием консультаций и фиксируется в Журнале учёта консультаций по психолого-педагогическому сопровождению семьи.

Форма Журнала учёта консультаций по психолого-педагогическому сопровождению семьи в приложении 9 к настоящему Положению.

4.4. По окончании срока действия Договора, при формировании пакета документов об оказанной услуге, из Журнала учёта консультаций заполняется Лист тем всех консультаций, проведенных за период оказания услуги

Форма Листа - приложение 11 к настоящему Положению.

4.5. По окончании срока действия Договора об организации психолого-педагогического сопровождения семьи родителю (законному представителю) ребёнка предлагается оставить Отзыв о качестве предоставления услуги специалистами.

Форма Отзыва о качестве предоставления услуги специалистами Центра/филиала в приложении 10 к настоящему Положению.

Заместитель директора
по коррекционно-методической работе



Д.Г. Губина

Приложение 1 к Положению

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

Директору
ГБУ «Центр диагностики
и консультирования» КК
Сидельниковой Т.А.

ФИО родителя (законного представителя)

проживающего по адресу: _____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас принять моего ребенка _____

ФИО ребёнка

дата рождения _____,
на психолого-педагогическое сопровождения семьи (на базе _____ филиала)*
специалистом (ами) _____

Причина обращения: _____

Дата _____

Подпись _____

* указывается в случае организации психолого-педагогического сопровождения семьи на базе филиала

ФОРМА
Титульный лист

Государственное бюджетное учреждение
осуществляющее психолого-педагогическую
и медико-социальную помощь
«Центр диагностики и консультирования»
Краснодарского края
_____ филиал*

ЖУРНАЛ
учёта заявлений на психолого-педагогическое
сопровождение семьи
за _____ год

ОТВЕТСТВЕННЫЙ:

ФИО ответственного в Центре/
руководителя филиала

журнал начат _____

* указывается для филиала

Страницы Журнала учёта заявлений на психолого-педагогическое сопровождение семьи:

№ п/п	Дата	Ф.И.О. ребёнка	Дата рождения ребенка	Проблема	Примечание	Специалист	Ф.И.О. родителя, телефон
1	дата на заявлении	Фамилия Имя Отчество		вариант программы (из заключения ПМПК)	первично или повторно	направление коррекционной работы Пример: педагог-психолог: коррекция и развитие ЭВС (из заключения ПМПК)	Фамилия Имя Отчество телефон
2							
...							

Приложение 3 к Положению

ДОГОВОРоб организации психолого-педагогического сопровождения

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение, осуществляющее психолого-педагогическую и медико-социальную помощи «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края (в дальнейшем - Исполнитель) в лице директора Сидельниковой Татьяны Анатольевны/ руководителя _____ филиала Ф.И.О. руководителя филиала, действующего на основании Устава/Положения _____ о Филиале, с одной стороны, и _____,

статус законного представителя несовершеннолетнего: мать, отец, опекун, попечитель либо лицо, действующее на основании доверенности, выданной законным представителем

(в дальнейшем - Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется организовать психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья специалистами Исполнителя _____,

(педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог)

Ребенка (ФИО), дата рождения _____, проживающего по адресу: _____,

В период с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

2. Заказчик обязан:

2.1. Сообщить Исполнителю об изменении контактного телефона и места жительства, об уважительных причинах своего отсутствия (опоздания).

2.2. Соблюдать дисциплину и общепринятые нормы поведения. Возмещать ущерб, причиненный Заказчиком или его ребёнком имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Проявлять уважение к сотрудникам Исполнителя.

2.4. Предоставить необходимые документы по просьбе специалистов Исполнителя.

2.5. Информировать специалиста об актуальных проблемах и успехах ребенка.

2.6. Выполнять задания специалистов Исполнителя.

2.7. Консультироваться со специалистами Исполнителя не реже 1-2-х раз в месяц.

3. Исполнитель обязуется:

3.1. Проявлять уважение и безоценочно выслушивать родителей (законных представителей).

3.2. Организовать взаимодействие с семьей по вопросам воспитания и обучения ребенка.

3.3. Проектировать и совместно находить решения вопросов взаимодействия с ребенком.

3.4. Выдавать Заказчику рекомендации по результатам промежуточной диагностики (устно).

4. Исполнитель имеет право:

4.1. Вносить предложения и рекомендации по совершенствованию воспитания ребёнка в семье.

4.2. Оказывать безвозмездную помощь Исполнителю

Исполнитель

Заказчик

наименование

Ф.И.О.

Паспортные данные: № _____ серия _____

Кем выдан: _____

адрес Центра/филиала

Адрес места жительства: _____

Директор/

Руководитель филиала

Контактный телефон: _____

М.П.

подпись расшифровка

Ф.И.О. родителя (законного представителя) подпись

ФОРМА

Директору ГБУ
«Центр диагностики и
консультирования» КК
Сидельниковой Т.А.

Ф.И.О. специалиста, должность
« ____ » _____ 20__ г.

Служебная записка.

Прошу зачислить на психолого-педагогическое сопровождение семьи следующих детей на основании заявления родителей (законных представителей):

№ п/п	ФИО ребёнка	Дата рождения	Дата зачисления
1			
2			
...			

Подпись специалиста _____
подпись ФИО

*Согласовано

Руководитель филиала _____
подпись ФИО

* для специалистов филиалов

Приложение 5 к Положению

Алфавитная книга учёта детей _____ год

	№ п/п	ФИ ребёнка	Дата рождения	№ в АК	Дата зачисления	Дата отчисления	Фамилия специалиста/ услуга
А	1						
	...						
Б	1						
	...						
В	1						
	...						
Г	1						
	...						
Д	1						
	...						
Е	1						
	...						
Ж	1						
	...						
З	1						
	...						
И	1						
	...						
К	1						
	...						
Л	1						
	...						
М	1						
	...						
Н	1						
	...						
О	1						
	...						
П	1						
	...						

ФОРМА

Директору ГБУ
«Центр диагностики и
консультирования» КК
Сидельниковой Т.А.

Ф.И.О. специалиста, должность
« ____ » _____ 20__ г.

Служебная записка.

Прошу отчислить с психолого-педагогического сопровождения семьи следующих детей в связи с окончание срока действия договора об организации психолого-педагогического сопровождения семьи

№ п/п	ФИО ребёнка	Дата рождения	Дата отчисления
1			
2			
...			

Подпись специалиста _____
подпись ФИО

*Согласовано

Руководитель филиала _____
подпись ФИО

* для специалистов филиалов

ДОГОВОР о проведении первичной диагностики

г. _____

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение, осуществляющее психолого-педагогическую и медико-социальной помощи «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края (в дальнейшем - Исполнитель) в лице директора Сидельниковой Татьяны Анатольевны/руководителя _____ филиала Ф.И.О руководителя филиала, действующего на основании Устава/Положения о Филиале, с одной стороны, и

 ФИО, статус законного представителя несовершеннолетнего: мать, отец, опекун, попечитель либо лицо, действующее на основании доверенности, выданной законным представителем

(в дальнейшем - Заказчик) с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется провести первичную диагностику развития ребёнка специалистом Исполнителя _____
 (педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог)
 ребёнка _____, проживающего по адресу:

 ФИО ребёнка

2. Заказчик обязан предоставить необходимые документы по просьбе специалиста Исполнителя.

Исполнитель

Заказчик

наименование

Ф.И.О.

Паспортные данные: № _____ серия _____

Кем выдан: _____

адрес Центра/филиала

Адрес места жительства: _____

Директор/

Руководитель филиала

Контактный телефон: _____

М.П.

подпись расшифровка

Ф.И.О. родителя (законного представителя) подпись

*

наименование филиала (для филиала)

КАРТА № _____

Фамилия _____ Имя _____
 Отчество _____ Дата рождения _____
 ДОО/ОО _____ группа/класс _____
 Наличие инвалидности _____

Адрес:

населённый пункт _____ улица _____
 дом _____ квартира _____
 Телефон дом. _____ мобильный _____

Мать: (кровная, приёмная, опекун, патронат)
 ФИО _____

Возраст _____ Образование _____
 Место работы _____

Отец: (кровный, приёмный, опекун, патронат)
 ФИО _____

Возраст _____ Образование _____
 Место работы _____

Какие другие члены семьи проживают вместе _____

Анамнез

Заболевания до 1 года _____

Заболевания после 1 года _____

Дата приёма _____

Причина обращения _____

Рекомендации _____

Заключение и рекомендации специалиста по результатам диагностического обследования

ФОРМА

Титульный лист

Государственное бюджетное учреждение
осуществляющее психолого-педагогическую
и медико-социальную помощь
«Центр диагностики и консультирования»
Краснодарского края
_____ филиал*

ЖУРНАЛ

учёта консультаций по психолого-педагогическому
сопровождению семьи

за _____ год

ОТВЕТСТВЕННЫЙ:

ФИО ответственного в Центре/
руководителя филиала

журнал начат _____

* указывается для филиала

Страницы Журнала учёта консультаций по психолого-педагогическому сопровождению семьи:

№ п/п	Дата	Ф.И.О. родителя (законного представителя)	Тема консультации	Рекомендации специалиста	Специалист
1					
2					
...					

Отзыв
о качестве предоставления услуги специалистами
государственного бюджетного учреждения,
осуществляющего психолого-педагогическую
и медико-социальную помощь
«Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края
_____ филиала*

Я, _____,
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

качеством предоставленной услуги:

Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

(удовлетворен/не удовлетворен)

Дата ____ 20 ____ г.

(подпись)

* указывается для филиалов

ФОРМА

листа тем консультаций

**Темы консультаций по запросам родителей
в рамках психолого-педагогического сопровождения семьи**

Ф.И.О. родителя _____

Ф.И.О. ребенка _____

дата рождения _____

№ п/п	дата консультации	тема консультации

Специалист

_____/Ф.И.О./