



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ. ბათუმი

"31" 12 2017

ბრძანება № 12/159

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2015 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებული ქვეპროგრამის - „შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაცია“ განხორციელების მიზნით, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის 2013 წლის 8 მაისის №4 დადგენილებით დამტკიცებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების მე-3 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტისა და მე-4 მუხლის მე-2 პუნქტის „მ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ:

1. დამტკიცდეს:

ა) აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადების ტექსტი შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველ პირთათვის, თანახმად №1 დანართისა.

ბ) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის თანდართული ფორმა.

გ) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი, თანახმად №2 დანართისა.

დ) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ჩამონათვალის ფორმა, თანახმად №3 დანართისა.

ე) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის ხელშეკრულებით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი, თანახმად №4 დანართისა.

2. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის ფარგლებში მოქალაქის დაფინანსებასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების მიზნით შეიქმნას კომისია შემდეგი შემადგენლობით:

ა) ზურაბ თენიშვილი (მინისტრის მოადგილე) - კომისიის თავმჯდომარე;

ბ) ლელა სურმანიძე (სოციალური დაცვის დეპარტამენტის უფროსი) - კომისიის თავმჯდომარის მოადგილე;

გ) მერაბ ხალვაში (სოციალური დაცვის დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი) - წევრი;

დ) ბეჟან იშხნელიძე (სოციალური დაცვის დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი) - წევრი;

ე) ანა მელაშვილი (იურიდიული დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი) - წევრი.

3. კომისიის სხდომების ორგანიზაციული-ტექნიკური უზრუნველყოფისა და ოქმების წარმოების მიზნით კომისიის მდივანად დაინიშნოს სამინისტროს სოციალური დაცვის დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი - ლამარა ტაკიძე.

4. კომისიამ თავისი საქმიანობა განახორციელოს საჭიროებისამებრ სხდომების მეშვეობით. სხდომებს იწვევს და ხელმძღვანელობს კომისიის თავმჯდომარე, ხოლო მისი არყოფნის შემთხვევაში კომისიის თავმჯდომარის მოადგილე; კომისიის სხდომა უფლებამოსილია თუ მას ესწრება კომისიის წევრთა სრული შემადგენლობის ნახევარზე მეტი; სხდომაზე დგება სხდომის ოქმი, რომელსაც ხელს აწერენ კომისიის თავმჯდომარე, თავმჯდომარის მოადგილე, კომისიის წევრები და კომისიის მდივანი.

5. კომისიამ უზრუნველყოს:

ა) წარმოდგენილი დოკუმენტაციის ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მოთხოვნებთან შესაბამისობის დადგენა;

ბ) არასრულყოფილად წარმოდგენილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში მოქალაქის ინფორმირება, იმის თაობაზე, თუ რა საბუთი ან საბუთები აქვს წარმოსადგენი;

გ) დადებითი გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ სოციალური ვაუჩერის მომზადება და ხელმოსაწერად უფლებამოსილი პირისათვის წარდგენა.

6. კომისიამ თავისი საქმიანობა წარმართოს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის, მოქმედი კანონმდებლობისა და წინამდებარე ბრძანების შესაბამისად.

7. ბრძანების შესაბამისი პირებისადმი კანონმდებლობით დადგენილი წესით გაცნობა დაევალოს სამინისტროს ადმინისტრაციულ დეპარტამენტს (ი. მახარაძე).

8. ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობაში ერთი თვის ვადაში (მის.: ქ. ბათუმი, კონსტანტინე გამსახურდიას ქ. №9) და შემდეგ, ბათუმის საქალაქო სასამართლოში (მის.: ქ. ბათუმი, ზუბალაშვილის ქუჩა №30), კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

9. ბრძანება ძალაშია 2015 წლის 1 იანვრიდან.

მ ი ნ ი ს ტ რ ი



**შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის
სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი**

ბენეფიციარის წარმომადგენელი განცხადებით და თანმხლები დოკუმენტებით (სამედიცინო დაწესებულებიდან გაცემული ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს ადაპტაციის კურსის საჭიროება; ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი; მშობლის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია; ამონაწერი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან (არსებობის შემთხვევაში); შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დამადასტურებელი ცნობის ასლი, ბენეფიციარობის დამადასტურებელი სხვა დოკუმენტი) მიმართავს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

არასრულყოფილად წარმოდგენილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში განმცხადებელს ეძლევა შესაბამისი განმარტება და ვადა საჭირო საბუთების წარმოსადგენად.

ქვეპროგრამის არაბენეფიციარებს წერილობით ეცნობება დახმარებაზე უარის შესახებ.

წარმოდგენილი დოკუმენტაციის ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მოთხოვნებთან შესაბამისობის დადგენის შემდეგ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს სამედიცინო ვაუჩერის გაცემას;

მომსახურება დაფინანსდება ვაუჩერში მითითებული თანხით სრულად. ვაუჩერით გათვალისწინებული მომსახურების მიღება შესაძლებელია არაუმეტეს 2-ჯერ წელიწადში.

მომსახურება გაეწევა იმ ბენეფიციარებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს. ვაუჩერის ("ბ" ნაწილი) უნდა ინახებოდეს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთან.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ისარგებლებენ საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2015 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე. ქვეპროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიღების უპირატესი უფლებით სარგებლობენ (რიგითობის დაცვით):

1. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები, რომლებიც დარეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 70 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით;

2. შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები, რომლებიც დარეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 70 000-დან 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით;

3. თუ ოჯახში ერთზე მეტ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება ქვეპროგრამის ფარგლებში;

4. სხვა შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები.

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს ადაპტაციის კურსის საჭიროება;

- ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი, ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია ბავშვის იდენტიფიკაცია.;

- მშობლის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია;

- ამონაწერი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან (არსებობის შემთხვევაში);

- შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დამადასტურებელი ცნობის ასლი.

- თანმხლები სრულწლოვანი პირის პირადობისა და ნათესაური კავშირის

დამადასტურებელი დოკუმენტი.

ვაუჩერის მოქმედების ვადა განისაზღვრება ერთი თვით, თუ თვით ამ ვაუჩერში სხვა ვადა არ არის განსაზღვრული.

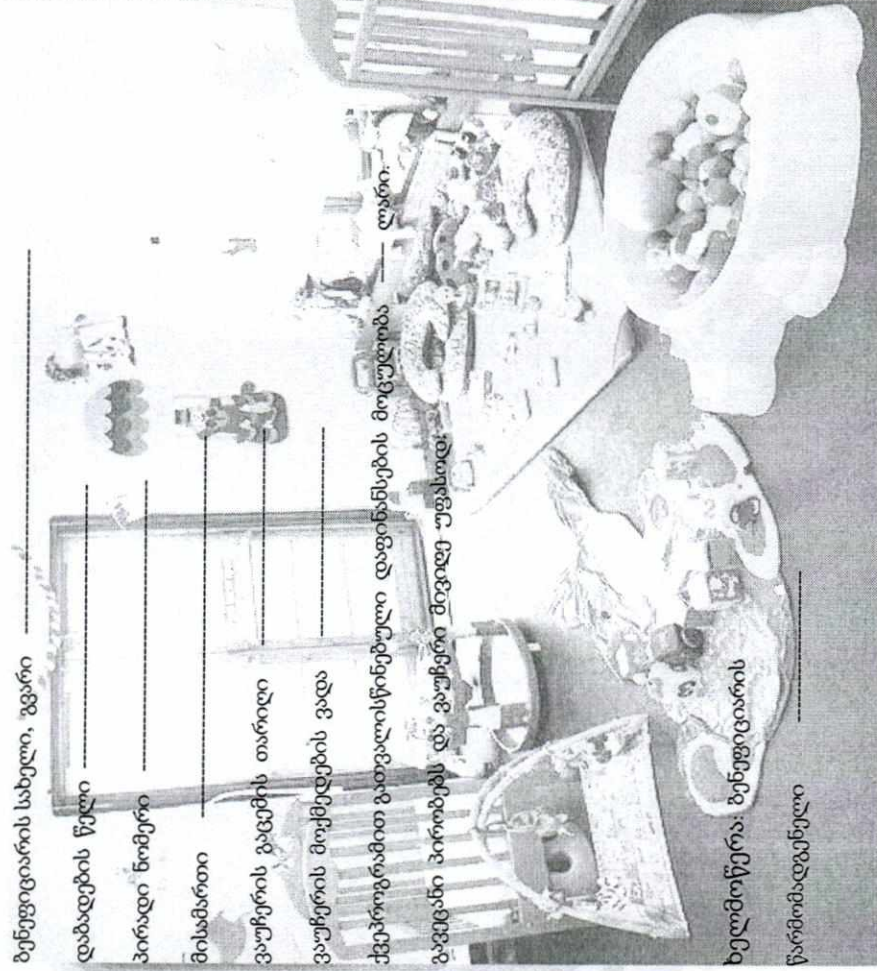


ჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო

ა

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა
სოციალური ადაპტაცია

სოციალური ვაუჩერი N---

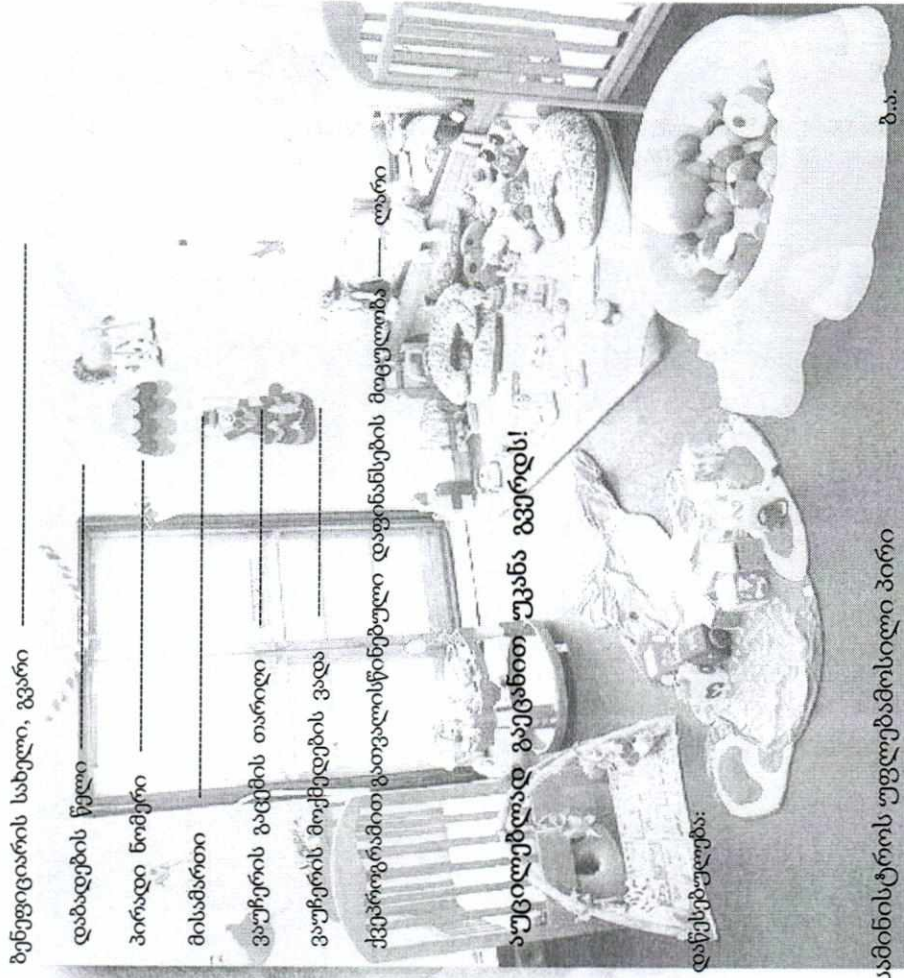


აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო

ბ

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა
სოციალური ადაპტაცია

სოციალური ვაუჩერი N---



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

გახსოვდეთ!

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურეობა ხორციელდება იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფლობენ სოციალურ ვაუჩერს. აღნიშნული ვაუჩერი გადაეცემა ბენეფიციარის წარმომადგენელს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

ვაუჩერის მფლობელს უფლება აქვს მიიღოს დახმარება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით.

წაკითხეთ ყურადღებით!

ქვეპროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ მომსახურებას:

- სადღეღამისო მომსახურება;
- ბენეფიციართა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
- სამჯერადი კვებით უზრუნველყოფა;
- ბენეფიციართა საჭიროებებზე მორგებული სწავლების უზრუნველყოფა;
- სოციალური უნარ-ჩვევების სწავლება;
- ფსიქოლოგის მომსახურება.

ქვეპროგრამით გაწეული მომსახურება ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ 100 %-ით.

გათვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებულ ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის შემთხვევაში მფლობელს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს შესაბამისი განცხადებით მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი; ტელ: (0 422) 24-79-64

ფაქსი: (0 422) 24-79-02

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

გახსოვდეთ!

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურეობა ხორციელდება იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფლობენ სოციალურ ვაუჩერს. აღნიშნული ვაუჩერი გადაეცემა ბენეფიციარის წარმომადგენელს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

ვაუჩერის მფლობელს უფლება აქვს დახმარება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით.

წაკითხეთ ყურადღებით!

ქვეპროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ მომსახურებას:

- სადღეღამისო მომსახურება;
- ბენეფიციართა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
- სამჯერადი კვებით უზრუნველყოფა;
- ბენეფიციართა საჭიროებებზე მორგებული სწავლების უზრუნველყოფა;
- სოციალური უნარ-ჩვევების სწავლება;
- ფსიქოლოგის მომსახურება.

ქვეპროგრამით გაწეული მომსახურება ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ 100 %-ით.

გათვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებულ ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის შემთხვევაში მფლობელს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს შესაბამისი განცხადებით მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი; ტელ: (0 422) 24-79-64

ფაქსი: (0 422) 24-79-02.

**შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის
ქვეპროგრამის ხელშეკრულებით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის,
ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი**

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ (შემდგომში-შემსყიდველი) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებას (შემდგომში-მიმწოდებელი) ბენეფიციარებისათვის გაცემული სოციალური ვაუჩერის საფუძველზე მომსახურების ღირებულება აუნაზღაურდება წინამდებარე წესისა და ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებით.

მიმწოდებლის მიერ ბენეფიციარისთვის მომსახურების გაწევა ხორციელდება შემსყიდველის მიერ გაცემული სოციალური ვაუჩერის საფუძველზე. ბენეფიციარის იდენტიფიცირება ხდება პირადობის ან/და დაბადების მოწმობით.

მიმწოდებელმა უნდა განახორციელოს შემდეგი მომსახურება:

- ა) სადღეღამისო მომსახურება;
- ბ) ბენეფიციართა სამედიცინო მეთვალყურეობა;
- გ) სამჯერადი კვებით (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 სექტემბრის N258/ნ ბრძანებით დამტკიცებული მოთხოვნების შესაბამისი სავარაუდო მენიუ) უზრუნველყოფა;
- დ) ბენეფიციართა საჭიროებებზე მორგებული სწავლების უზრუნველყოფა;
- ე) სოციალური უნარ-ჩვევების სწავლება;
- ვ) ფსიქოლოგის მომსახურება.

ზ) ბენეფიციართა ყოველდღიური რეგისტრაციის ჟურნალის წარმოება, რომელიც უნდა იყოს დანომრილი, ზონარგაყრილი, აკინძული, დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ ხელმოწერით და ბეჭდით დადასტურებული.

ვინაიდან ბავშვის ჩართვა ქვეპროგრამაში განხორციელდება მშობელთან ან ოჯახის სრულწლოვან წევრთან ერთად მიმწოდებელმა უნდა უზრუნველყოს თანმხლები პირის სადღეღამისო მომსახურება და სამჯერადი კვება.

მომსახურების შესახებ ინფორმაცია აისახება შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაციის ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ჩამონათვალში (N3 დანართის შესაბამისად), რომელიც დასაფინანსებლად წარმოდგენილი უნდა იყოს კურსის დასრულების შემდეგ. იმ შემთხვევაში, თუ ბენეფიციარი კურსის დასრულებამდე დატოვებს სარეაბილიტაციო ცენტრს ანაზღაურება განხორციელდება ცენტრში ფაქტიურად გატარებული დღეების მიხედვით.

მომსახურების მიწოდების ადგილს წარმოადგენს ქ. ბათუმი.

მიმწოდებელმა შემსყიდველს ანაზღაურებისათვის უნდა წარუდგინოს:

1. წერილი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სახელზე სოციალური ვაუჩერით მიწოდებული მომსახურების ანაზღაურების შესახებ;

2. სოციალური ვაუჩერის ასლი;
3. სოციალური ვაუჩერის მფლობელის პირადობის ან/და დაბადების მოწმობის ასლი;
4. სოციალური ვაუჩერის მფლობელზე გაწეული მომსახურების კალკულაცია;
5. ინფორმაცია მომსახურების შესახებ;
6. შესრულებული სამუშაოს საერთო ღირებულების მიღება-ჩაბარების აქტი.
სრულყოფილად წარმოდგენილი საბუთების საფუძველზე შემსყიდველი განახორციელებს ანგარიშსწორებას 14 კალენდარული დღის ვადაში.



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის დეპარტამენტის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის ბრძანებით № 119

აქტი ----- "----" ----- 2015 წელი

შესრულებული სამუშაოს მიღება-ჩაბარების აქტი

ანგარიშების პერიოდი 2015 წლის "----" დან "----" მდე

დაწესებულების დასახელება _____
 ხელშეკრულების _____

1	2	3		4	5	6			7		8	9		10	11
		ა	ბ			ლომიტს ზემოთ თანხა	ავანსად გაცემული	სხვა მიზეზებით დარღვევების გამო	ქვეპროგრამის მიხედვით მიმდინარე თვის შესრულებული სამუშაო	აქვმდებარეა ფულადი სახსრებით ანაზღაურებას		წინა თვეებში წარმოქმნილი დავალიანება	სულ ასანაზღაურებელი თანხა		
	შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა სოციალური ადაპტაცია														

აასანაზღაურებელი თანხა სიტყვიერად _____
 ჩავაბარე _____ მივიღე _____ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანდაცვის დეპარტამენტის და სოციალური დაცვის სამინისტრო
 (დაწესებულების დასახელება)
 დაწესებულების ხელმძღვანელი _____ უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა _____
 მთ. ბუღალტერი _____ ბ.ა. _____
 ბ.ა.