

УТВЕРЖДАЮ  
Председатель  
Межведомственной комиссии  
Мундусова Н.А.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г

**ПРОГРАММА**  
**социальной адаптации по поиску работы**

Получатель государственной социальной помощи на основании социального контракта: \_\_\_\_\_

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

Срок действия социального контракта «\_\_» 202\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

1. План мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Планируемый срок исполнения	Социальный партнер
организация профессиональной ориентации (выявление подходящих видов профессиональной деятельности, занятости и компетенций, позволяющих выполнять работу по конкретным профессиям (специальностям) с учетом возможностей и потребностей, положения на рынке труда для трудоустройства) <i>(при необходимости)</i>		
представление гражданину перечня вакансий, имеющихся в банке вакансий центра занятости населения <i>(при необходимости)</i>		
осуществление выплат гражданину в соответствии с условиями социального контракта		
постановка гражданина на учет в центре занятости населения в качестве безработного с целью получения пособия по безработице и дальнейшего трудоустройства или в качестве ищущего работу <i>(при необходимости)</i>		
заключение договора гражданином на получение профессионального обучения или дополнительного профессионального образования с организацией, осуществляющей образовательную деятельность, и		

его прохождение <i>(при необходимости)</i>		
прохождение гражданином собеседований у потенциальных работодателей с целью дальнейшего трудоустройства <i>(при необходимости)</i>		
регистрация гражданина на портале «Работа в России» с целью поиска работы <i>(при необходимости)</i>		
организация куратором временного трудоустройства гражданина на период поиска постоянного места работы <i>(при необходимости)</i>		
прохождение гражданином стажировки с целью будущего трудоустройства <i>(при необходимости)</i>		
заключение гражданином срочного или бессрочного трудового договора с организацией; <i>(при необходимости)</i>		
ежемесячное информирование гражданином учреждения о выполнении мероприятий программы социальной адаптации <i>(при необходимости)</i>		
иные мероприятия		

2. Исполнение мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Описание исполнения	Документ, подтверждающий исполнение	Отметка о выполнении с указанием срока исполнения

Контрольное заключение специалиста об эффективности предпринятых мер по выводу заявителя из трудной жизненной ситуации:

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)).

УТВЕРЖДАЮ  
Председатель  
Межведомственной комиссии  
Мундусова Н.А.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г

**ПРОГРАММА**  
**социальной адаптации по осуществлению индивидуальной**  
**предпринимательской деятельности**

Получатель государственной социальной помощи на основании социального контракта: \_\_\_\_\_

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

Срок действия социального контракта «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г.

1. План мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Планируемый срок исполнения	Социальный партнер
утверждение бизнес-плана Межведомственной комиссии в целях рассмотрения программы социальной адаптации и содействия в ее реализации		
осуществление выплат гражданину в соответствии с условиями социального контракта		
получение консультации гражданином по вопросам осуществления предпринимательской деятельности в Центре «Мой Бизнес»		
получение свидетельства гражданином о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя <i>(при необходимости)</i>		
постановка гражданина на учет в качестве самозанятого <i>(при необходимости)</i>		
осуществление поиска и аренды гражданином помещения <i>(при необходимости)</i>		
приобретение гражданином основных средств с целью ведения предпринимательской деятельности		
приобретение гражданином материально-производственных запасов с целью ведения		

предпринимательской деятельности		
ежемесячное информирование гражданином учреждения о выполнении мероприятий программы социальной адаптации (при необходимости)		
иные мероприятия		

2. Исполнение мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Описание исполнение	Документ, подтверждающий исполнение	Отметка о выполнении с указанием срока исполнения

Контрольное заключение специалиста об эффективности предпринятых мер по выводу заявителя из трудной жизненной ситуации:

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)).

УТВЕРЖДАЮ  
Председатель  
Межведомственной комиссии  
Мундусова Н.А.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г

**ПРОГРАММА**  
**социальной адаптации по ведению личного подсобного хозяйства**

Получатель государственной социальной помощи на основании социального контракта: \_\_\_\_\_

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

Срок действия социального контракта «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

1. План мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Планируемый срок исполнения	Социальный партнер
осуществление выплат гражданину в соответствии с условиями социального контракта		
постановка на учет в качестве налогоплательщика налога на профессиональный доход		
прохождение профессионального обучения или получения дополнительного профессионального образования <i>(при необходимости)</i>		
приобретение товаров, необходимых для ведения личного подсобного хозяйства, основных средств, а также сельскохозяйственную продукцию		
представление в учреждение подтверждающих документов		
ежемесячное информирование гражданином учреждения о выполнении мероприятий программы социальной адаптации <i>(при необходимости)</i>		
иные мероприятия		

2. Исполнение мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Описание исполнение	Документ, подтверждающий исполнение	Отметка о выполнении с указанием срока исполнения

Контрольное заключение специалиста об эффективности предпринятых мер по выводу заявителя из трудной жизненной ситуации:

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)).

УТВЕРЖДАЮ  
Председатель  
Межведомственной комиссии  
Мундусова Н.А.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г

**ПРОГРАММА**  
**социальной адаптации на преодоление трудной жизненной ситуации**

Получатель государственной социальной помощи на основании социального контракта: \_\_\_\_\_

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

Срок действия социального контракта «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

1. План мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Планируемый срок исполнения	Социальный партнер
осуществление выплат гражданину в соответствии с условиями социального контракта		
приобретение товаров первой необходимости, одежды, обуви, лекарственных препаратов, товаров для ведения личного подсобного хозяйства, прохождение лечения, профилактического медицинского осмотра в целях стимулирования ведения здорового образа жизни, а также приобрести товары для обеспечения потребности в товарах и услугах дошкольного и школьного образования		
представление в учреждение подтверждающих документов		
ежемесячное информирование гражданином учреждения о выполнении мероприятий программы социальной адаптации <i>(при необходимости)</i>		

2. Исполнение мероприятий программы социальной адаптации:

Мероприятие	Описание исполнения	Документ, подтверждающий исполнение	Отметка о выполнении с указанием срока исполнения

Контрольное заключение специалиста об эффективности предпринятых мер по выводу заявителя из трудной жизненной ситуации:

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)).

\_\_\_\_\_