

Типовая форма

УТВЕРЖДАЮ

Член Правительства Орловской
области – руководитель Департамента
социальной защиты, опеки и
попечительства, труда и занятости
Орловской области

(Ф.И.О., подпись)

_____ 20 ____ г.

М.П.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

об оценке выполнения мероприятий программы социальной адаптации или
о целесообразности продления срока действия социального контракта

Получатель государственной социальной помощи на основании
социального
контракта: _____

(фамилия, имя, отчество, место жительства (пребывания))

Дата начала действия социального контракта: _____.

Дата окончания действия социального контракта: _____.

Мероприятие	Получатель (член семьи)	Срок исполнения	Отметка о выполнении

Контрольное заключение специалиста, осуществляющего
сопровождение социального контракта по проведенным мероприятиям:

_____.

Заключение об оценке выполнения мероприятий программы социальной
адаптации или о целесообразности продления срока действия социального
контракта: _____

Специалист
Департамента
социальной защиты,
опеки и
попечительства, труда
и занятости Орловской
области

(подпись специалиста)

(Ф. И. О.)

_____ 20 ____ г.