

Приложение 4 к Положению
об условиях, размере, порядке
назначения и выплаты
государственной социальной помощи
на основании социального контракта
малоимущим семьям и малоимущим
одиноким проживающим гражданам
в Орловской области

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.

Программа
социальной адаптации

Получатель государственной социальной помощи на основании
социального контракта: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), регистрация по месту жительства (месту
пребывания))

Дата начала действия социального контракта _____.

Дата окончания действия социального контракта _____.

Программа социальной адаптации является неотъемлемой частью
социального контракта.

Дополнительная информация для безработных (неработающих)

Профессия	Последнее место работы, причина увольнения	Стаж работы (общий)	Стаж работы на последнем месте	Последняя занимаемая должность	Длительность периода без работы

1. План мероприятий по социальной адаптации на _____ 20__ г.
(указать месяц)

Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный специалист	Отметка о выполнении	Результат (оценка)

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

_____.

_____ 20__ г.
(Ф. И. О. специалиста) (подпись)

2. План мероприятий по социальной адаптации на _____ 20__ г.
(указать месяц)

Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный специалист	Отметка о выполнении	Результат (оценка)

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

_____.

_____ 20__ г.
(Ф. И. О. специалиста) (подпись)

_____ 20__ г.
(Ф. И. О. заявителя) (подпись)

_____ 20__ г.