

РЕЗЮМЕ
члена Ассоциации организаций социального обслуживания населения
Тюменской области

(юридического лица)

1.	Наименование организации	
2.	ОГРН	
3.	Место нахождения	
4.	Адрес официального сайта	
5.	Контактные телефоны	
6.	Адрес электронной почты	
7.	Наименование должности руководителя	
8.	Фамилия, имя, отчество руководителя	
9.	Наименование субъекта(ов) РФ, в котором(ых) оказываются услуги (осуществляется деятельность)	
10.	Цель, основные виды деятельности организации, количество сотрудников	Цель: _____ _____ Основные виды деятельности: _____ _____ _____ _____ _____ _____ Количество сотрудников: всего _____, в том числе, задействованных при оказании услуг:

		<p>надомная форма _____;</p> <p>полустационарная форма _____;</p> <p>стационарная форма _____;</p> <p>необходимо указать персонал, оказывающий социальные услуги, а именно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В надомной форме: соцработники, сиделки, психологи, медсестры и т.д. 2. В полустационарной форме: реабилитологи, преподаватели, психологи, мед персонал и т.д. 3. В стационарной форме: персонал по уходу (сиделки, санитары, помощники по уходу, медсестры), медицинский персонал (медсестры, врачи), преподаватели, психологи, реабилитологи, культорганизаторы, инструкторы и т.д.
<p>11.</p>	<p>Осуществляемая деятельность, связанная с социальным обслуживанием населения (подчеркнуть один или несколько вариантов и/или заполнить строки)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставщик социальных услуг: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. государственная (муниципальная) организация; 1.2. негосударственная организация; 1.3. коммерческая организация; 1.4. некоммерческая организация; 1.5. форма социального обслуживания и количество лиц, получающих социальные услуги: <ol style="list-style-type: none"> 1.5.1. Всего количество получателей социальных услуг (человек) _____, в том числе: <ol style="list-style-type: none"> 1.5.1. надомная форма _____; 1.5.2. полустационарная форма _____; 1.5.3. стационарная форма _____; 1.5.4. срочные социальные услуги _____; 2. Медицинская организация: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. государственная (муниципальная) организация; 2.2. негосударственная организация; 2.3. коммерческая организация; 2.4. некоммерческая организация; 2.5. оказывающая паллиативную помощь; 2.6. оказывающая иные виды медицинской помощи: <hr/> <hr/> <hr/> <p>(указать виды и условия оказания медпомощи)</p> 3. Благотворительная (волонтерская) организация; 4. Коммерческая организация, производящая товары/услуги для социального обслуживания населения 5. Иная форма поддержки/участия в социальном обслуживании населения <hr/> <hr/> <hr/>

12.	Фамилия, имя, отчество, должность контактного лица	
13.	Телефон контактного лица	
14.	Адрес электронной почты контактного лица	
15.	Чем Ассоциация может быть вам полезна?	

«___» _____ 20__ года

Подпись: _____/_____/

М. П.