УТВЕРЖДАЮ:

Начальник

Управления социальной

защиты населения Липецкой области

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.А. Орусь

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

ПЛАН

по устранению недостатков, выявленных в ходе

независимой оценки качества условий оказания услуг

в ОГБУ «Трубетчинский психоневрологический интернат» на 2019 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Недостатки, выявленные в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией | | | | Наименование мероприятия по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг организацией | | | | Плановый срок реализации мероприятия | | Ответственный исполнитель (с указанием ФИО и должности) | | | | | Сведения о ходе реализации мероприятия | | | | | |
| реализованные меры по устранению выявленных недостатков | | | | Фактический срок реализации | |
| 1.Открытость и доступность информации об организации или о федеральном учреждении медико-социальной экспертизы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отсутствует информация о деятельности организации социальной сферы | | | | Дополнить в разделе информация о поставщике социальных услуг:  -дата гос. рег. в качестве поставщика социальных услуг, с указания числа месяца и года регистрации;  -информация об учредителе поставщика социальных услуг;  -информацию о численности получателей социальных услуг по формам социального обслуживания | | | | 15.11.2018 | | Горяинова В.Ф. зам. директора | | | | | Недостатки устранены | | | | 15.11.2018 | |
| II. Комфортность условий предоставления услуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |
| III. Доступность услуг для инвалидов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | |
| IV. Доброжелательность, вежливость работников организации или федерального учреждения медико- социальной экспертизы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| V. Удовлетворенность условиями оказания услуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  |