

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук

Кафедра социальной работы

Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой

_____ Н.М. Полевая

«_____» _____ 2018 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему: Организация социальной поддержки инвалидов (на примере ГКУ АО
УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району)

Исполнитель

студент группы 461узб

И.П. Неживовой

Руководитель

доцент, канд. социол. наук

Н.Ю. Щека

Нормоконтроль

доцент, канд. пед. наук

Т.С. Еремеева

Благовещенск 2018

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра социальной работы

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

_____ Н.М. Полевая

« _____ » _____ 2018 г.

З А Д А Н И Е

К выпускной квалификационной работе студента **Неживовой Ирины Петровны**

1. Тема выпускной квалификационной работы: **Организация социальной поддержки инвалидов (на примере ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району)**

(утверждена приказом от _____ № _____)

2. Срок сдачи студентом законченной работы (проекта) – **15.01.2018 г.**

3. Исходные данные к выпускной квалификационной работе: результаты предварительного анализа фактологических и статистических данных в подтверждение актуальности выбранной тематики; историография рассматриваемой проблематики; результаты эмпирических исследований.

4. Содержание выпускной квалификационной работы (перечень подлежащих разработке вопросов): характеристика объекта исследования – социальное положение, социальные проблемы; характеристика предмета исследования – содержание и организационные основы, формы и методы, нормативно-правовое регулирование; результаты авторского исследования; авторские рекомендации.

5. Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.) – программа исследования и исследовательский инструментарий, практические рекомендации в виде разработок автора

6. Консультанты по выпускной квалификационной работе (с указанием относящихся к ним разделов) – отсутствуют

7. Дата выдачи задания: **10.09.2017 г.**

Руководитель выпускной квалификационной работы: **Щека Н.Ю., доцент, к.с.н.**

(фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, ученое звание)

Задание принял к исполнению (**10.09.2017 г.**): _____ **И.Ю. Журавлева**
(подпись студента)

РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 63 с., 3 рисунка, 2 таблицы, 5 приложений, 50 источников.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА, СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМЫ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ИНВАЛИДЫ, ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ, БАРЬЕРЫ ИНВЛАИДНОСТИ

В работе представлены результаты теоретического и эмпирического исследования автора по вопросам организации социальной поддержки инвалидов как формы их социальной защиты.

Цель работы – изучение организационных основ социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району и разработка практических предложений.

Основу методологии исследований составляют теоретические подходы теоретиков социальной работы, а также авторские подходы и концепции по затронутой проблематике.

В работе использованы общенаучные и эмпирические методы исследования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1 Инвалиды как особая социальная группа	6
1.1 Теоретические основы анализа инвалидности	6
1.2 Социальные барьеры и проблемы инвалидов	12
1.3 Нормативно-правовое регулирование решения социальных проблем инвалидов	19
2 Организация социальной поддержки инвалидов как формы их социальной защиты	24
2.1 Место социальной поддержки в системе социальной защиты инвалидов	24
2.2 Социальные услуги и выплаты как элемент социальной поддержки инвалидов	32
2.3 Социальная реабилитация как элемент социальной поддержки инвалидов	
3 Организация социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району	
3.1 Исследование социальных проблем инвалидов в г. Благовещенске	
3.2 Анализ деятельности ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району по социальной поддержке с инвалидов и рекомендации по ее оптимизации	
Заключение	
Библиографический список	
Приложение А Программа исследования «Организация социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО – УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району»	
Приложение Б – Анкета	
Приложение В –	
Приложение Г –	
Приложение Д –	

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в мире растет численность инвалидов. В общем контингенте инвалидов мужчины составляют более 50%, женщины – более 44%, 65-80% – это люди пожилого возраста. Наряду с ростом численности инвалидов прослеживаются тенденции качественных изменений их состава. В обществе вызывает озабоченность распространенность травмы. Ныне их количество составляет почти 42 200 человек. На долю лиц пенсионного возраста приходится 80% от общего числа инвалидов; наблюдается увеличение числа инвалидов среди лиц трудоспособного возраста, они составляют 45% от числа граждан, первично признанных людьми с ограниченными возможностями. В Российской Федерации официально признанными инвалидами считаются свыше 8 млн. человек. В перспективе их численность будет расти.

Одним из наиболее актуальных форм проявления заботы государства об инвалидах является социальная реабилитация различных категорий инвалидов.

Степень научной разработанности темы показывает, что деятельность служб социальной реабилитации инвалидов раскрыта в трудах отечественных ученых – теоретиков в области социальной работы с лицами с ограниченными возможностями (Е.И. Холостовой, П.Д. Павленка, А.Н. Савинова, Л.В. Топчого, Е.Р. Ярская-Смирнова и др.) и социальной реабилитологии (В.С. Ткаченко, Е.В. Черносвитов и др.); научные основы социального моделирования раскрыты в работах ряда авторов (В.А. Луков, Л.Н. Суворов, А.Н. Аверин, Ю.М. Плотинский и др.). Их публикации дают представление о содержании, назначении социальной работы с инвалидами, а также о возможностях в сфере социальной поддержки инвалидов.

Новизна работы состоит в обобщении существующих научных подходов к процессу организации социальной поддержки инвалидов.

Практическая значимость: результаты могут быть использованы в деятельности органов социальной защиты населения и отдельных специалистов, занимающихся социальной поддержкой различных категорий инвалидов.

Объект исследования – инвалиды.

Предмет исследования – организация социальной поддержки инвалидов.

Цель – изучение организационных основ социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району и разработка практических предложений.

Задачи:

- 1) охарактеризовать социальное положение инвалидов;
- 2) раскрыть правовые аспекты решения проблем инвалидов;
- 3) рассмотреть основные принципы организации и содержание социальной работы по решению проблем инвалидов;
- 4) дать характеристику содержания социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району;
- 5) обосновать и разработать практические предложения и рекомендации по социальной поддержке инвалидов.

Методы: анализ, синтез, систематизация, классификация, анализ документов, сравнительный анализ, опрос.

1 ИНВАЛИДЫ КАК ОСОБАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ГРУППА

1.1 Теоретические основы анализа инвалидности

В настоящее время численность инвалидов в РФ приближается к 11 млн. человек (около 8% населения) и продолжает расти. В Амурской области этот показатель составляет 6% всего населения, в т.ч. в г. Благовещенске проживает 16 128 инвалидов [11].

Для анализа основ организации социальной работы с инвалидами представляется необходимым осуществить предварительное исследование основного понятийно-категориального аппарата, используемого законодателями и практическими специалистами для определения целевой группы.

Внутренний ряд публикаций отечественных авторов представляет полиморфизм подходов к анализу особенностей содержания понятий «инвалид» и «инвалидность» (А.Антонов, Ю.Волков, И.Гусев, Н.Калашников, И.Лапушанский, Т.Малева, Е.Мартынова, Г.Осадчая, П.Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова). Подчеркивается необходимость реализации антропоцентрированной социальной политики, усиления практик социальной помощи и поддержки лиц с ограниченными возможностями, оказания им содействия в ходе интеграции в общество. При этом многие ученые обращают внимание на низкую степень социальной защищенности инвалидов [15, с. 175].

Трансформация подхода к трактованию нетипичности содержится в работах Т.Добровольской, С.Пешкова, Н.Шабалиной, Ю.Элланского, Е.Ярской-Смирновой, в которых ограниченные возможности, инвалидность рассматриваются как социологические категории, определяемые не столько критериями дифференциальной диагностики и задачами педагогической коррекции, сколько особым социокультурным статусом людей с ограниченными возможностями психического и физического здоровья.

Существуют различные подходы к определению понятия *«инвалидность»*: 1) ограничения возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и

иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества (Рекомендации к реабилитационным программам Парламентской сессии Ассамблеи Совета Европы, 5.05.1992 г.); 2) утрата способности к трудовой деятельности (трудоспособности) на длительное время или постоянно в связи с нарушением функций организма, травмой, дефектом, заболеванием и т.п. [12, с. 3]; 3) стойкое нарушение функций организм в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию [38, с. 201].

В современной науке существует также значительное количество подходов к теоретическому осмыслению проблем инвалидизации и работы с лицами с ограниченными возможностями. Разработаны также и методики решения практических задач, определяющих специфическую сущность и механизмы этого социального феномена. Так, анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной политики государства в отношении инвалидов в частности осуществлялся в проблемном поле двух концептуальных подходов: с точки зрения социоцентристских теорий и на теоретико-методологической платформе антропоцентризма [55, Т.2, с. 216].

На основе *социоцентристских теорий* развития личности *К.Маркса*, *Э.Дюркгейма*, *Г.Спенсера*, *Т.Парсонса* рассматривались социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения общества в целом.

На основе *антропоцентристского подхода* *Ф.Гиддингса*, *Ж.Пиаже*, *Г.Тарда*, *Э.Эриксона*, *Ю.Хабермаса*, *Л.С.Выготского*, *И.С.Кона*, *Г.М.Андреевой*, *А.В.Мудрика* и других ученых раскрываются психологические аспекты повседневного межличностного взаимодействия.

Для осмысления проблемы анализа инвалидности как социального феномена (инвалидность с социологической точки зрения – это «ненормальная» норма или «нормальное» отклонение) важной остается *проблема социальной нормы*, с разных сторон изучавшаяся такими учеными, как *Э.Дюркгейм*,

М.Вебер, Р.Мертон, П.Бергер, Т.Лукман, П.Бурдые.

Анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности осуществляется в плоскости социологических концепций более общего уровня обобщения сущности этого социального явления – **концепции социализации** (разработчик – *А.И.Мухлаева*). Рассмотрение проблем инвалидизации важно не только сама по себе, а как возможность использования различных средств интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того чтобы быть социально востребованными.

Т. Парсонсу принадлежит разработка социального понятия «**роль больного**», введенного в 1935 г. *Гендерсоном*. Рассматривая болезнь как форму социального отклонения, при которой индивид играет специфическую социальную роль, ученый разработал модель этой роли больного. Модель описывается четырьмя характеристиками: больной освобождается от обычных социальных обязанностей; больной индивид не считается виновным в том, что он болен, поскольку болезнь социально нежелательна – больной стремится скорее выздороветь и обращается за компетентной профессиональной помощью; ожидается, что в рамках этой социальной роли индивид будет соблюдать предписания компетентного врача. В рамках данной социальной модели *Т.Парсонс* не рассматривает в качестве болезни такие психофизические состояния, как алкоголизм, беременность, инвалидность, поскольку при этих состояниях человек не освобождается от социальных обязанностей.

Важными в разработке теории социальной политики в отношении инвалидов являются подходы к понятию инвалидности, предложенные *Н.В.Васильевой*, рассмотревшей восемь социологических концепций инвалидизации.

В **структурно-функциональном подходе** (*К.Дэвис, Р.Мертон, Т.Парсонс*) рассмотрены проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида (модель роли больного *Т. Парсонса*), социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по

отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. Предложены понятия: «дети с ограниченными возможностями», «инвалиды». В отечественных исследованиях в рамках структурно-функционального анализа проблему инвалидизации исследовали *Т.А.Добровольская, И.П.Каткова, Н.С.Морова, Н.Б.Шабалина* и др.

В рамках **социально-антропологического подхода** (*Э.Дюркгейм*) в отношении инвалидизации исследовались стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. Использована терминология для обозначения детей-инвалидов: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями. В отечественных трудах данный подход продолжили *А.Н.Суворов, Н.В.Шапкина* и др.

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности отличается **социально-экологической теорией** *У. Бронфенбреннера*, продолженную в отечественных исследованиях *В.О.Скворцовой*. Проблемы инвалидности рассматриваются в контексте «воронки» понятий: макросистема, экзосистема, мезосистема, микросистема (соответственно политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, органы власти; взаимоотношения между различными областями жизнедеятельности; непосредственное окружение индивида).

В **теориях символического интеракционализма** (*Дж.Г.Мид, Н.А.Залыгина* и др.) инвалидность описывается посредством системы символов, характеризующих эту социальную группу лиц с ограниченными возможностями. Рассматриваются проблемы становления социального «Я» инвалида, анализируется специфика этой социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношение к ним социального окружения.

В рамках **теории наклеивания ярлыков** или **теории социентальной реакции** (*Г.Беккер, Э.Лемертон*) для обозначения лиц с ограниченными воз-

возможностями появляется понятие «девианты». Инвалидность рассматривается как отклонение от социальной нормы, носителям этой девиации наклеивается ярлык – инвалид. В рамках этой социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом через изучение феноменов социального контроля, социальной реакции. Появляется новое понятие «социальный аттитюд». В отечественных исследованиях на этой методологической базе проблемы инвалидизации изучались *М.П.Левицкой* и др.

Н.В.Васильева отдельно рассматривает **теорию стигматизации И.Гоффмана**. В этой также социоцентристской теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом, проблема инвалидов мыслится в понятиях «девианты», понятие «стигма» в данном аспекте близко понятию «наклеивание ярлыков». Рассмотрение последствий стигматизации с оговорками можно соотнести с механизмами социальной реакции, социального контроля.

Феноменологический подход отличает **социокультурную теорию нетипичности Е.Р.Ярской-Смирновой**. Феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума, в котором нетипичный ребенок проходит социализацию. Этот подход продолжен в исследованиях *Д.В.Зайцева, Н.Е.Шапкиной* и др.

Таким образом, на основе анализа теоретических теорий и концепций можно сформулировать следующие определения: **инвалид** – лицо, имеющее инвалидность, т.е. стойкое нарушение функций организма в результате заболевания, травм или дефектов, ведущее к ограничению или потере двигательной активности и способности к самообслуживанию; это человек, имеющий непросроченное свидетельство об инвалидности, выданное Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) или в лечебных учреждениях силовых ведомств; лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности, вследствие наличия физиче-

ских или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите.

1.2 Социальные барьеры и проблемы инвалидов

Как следует из определения, *основная проблема инвалидности* – ограничение в возможностях вследствие наличия физических, психологических, социальных, культурных, законодательных и иных барьеров, обусловленных самим фактом инвалидности [4].

Ограничение жизнедеятельности инвалида выражается в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью. Ограничение жизнедеятельности и возможностей иногда трактуется как неудовлетворенность «особых нужд» инвалидов, что приводит к их социальному исключению. Этой проблеме было уделено большое внимание в ходе проходившего в 1998 г. Объединенного всемирного конгресса Международной федерации социальных работников и Международной ассоциации школ социальной работы. Однако в теоретико-методологическом смысле каждое лицо имеет те или иные отклонения от среднестатистической нормы и за счет этого именно и является самостоятельной, отличной от других личностью [6].

Другие проблемы могут рассматриваться как следствие ограничения в возможностях или как сопутствующие проблемы: медицинские (состояние здоровья); педагогические (получение образования, социализация); социокультурные (организация досуга, следование традициям); коммуникативные (барьеры общения); политико-правовые (соблюдение прав, законодательные льготы и их выполнение); социальные (социальная защита, обеспечение равных прав и возможностей в трудоустройстве и других сферах жизнедеятельности); др. [2, с.15].

Проблемы инвалидности можно дифференцировать и иным способом, например, через имеющиеся ограничения (барьеры) (рис. 1).

Социальные ограничения (барьеры), порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенса-

ции [4].

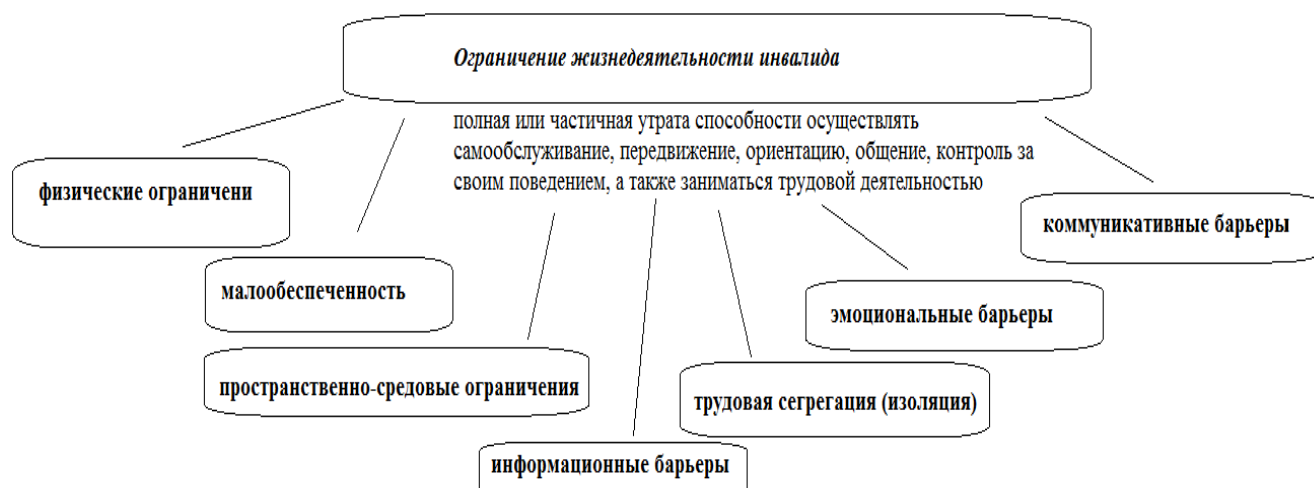


Рисунок 1 – Социальные барьеры в жизни инвалидов

В первую очередь можно говорить о *физическом ограничении*, или изоляции инвалида, – это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить либо, наоборот, компенсировать влияние этих индивидуальных недостатков. В этом аспекте принято говорить не только о безбарьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде (современная городская или промышленная среда может быть недружественной не только к инвалиду, но также к ребенку, пожилому человеку, вообще любому индивиду). Это ограничение влечет за собой многие последствия, осложняющие положение инвалида, и требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Второй барьер – это *трудова́я сегрегация, или изоляция*, инвалида: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие

места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. В условиях нашей страны барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обуславливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентацией на получение льгот и пособий вместо труда. К сожалению, формирование современной трудовой мотивации и трудовой этики в нашем обществе блокируется тем обстоятельством, что нередко инвалидная пенсия является более солидным источником дохода, чем заработная плата работающего, во всяком случае, она выплачивается более регулярно.

Поэтому естественно, что третьим барьером в жизни инвалидов выступает *малообеспеченность*, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида). Впрочем, в последние годы появились лица из числа предпринимателей, получившие инвалидность вследствие травмы, террористического акта и т. д. Финансовые ограничения не являются для них значимыми или не стоят вовсе. Тем не менее, преодоление всех других барьеров требует от них малых усилий.

Важным и труднопреодолимым барьером для инвалида является *пространственно-средовой*. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с

интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Вероятно, для всех типов инвалидов важное препятствие представляет *информационный барьер*, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано и экономическими причинами (например, невозможность купить или отремонтировать телевизионный или радиоприемник, выписать газету), и дефицитом специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.), и неразвитостью современных глобальных информационных систем (типа Интернет) в нашей стране. Задача создания и ведения банка данных по проблемам инвалидов не решена в полной мере, хотя первые шаги в этой сфере предпринимаются. Дефицит информации или ее недостаточная насыщенность могут привести к необратимому угасанию интеллектуальных способностей таких лиц.

С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы. Поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, особенностях их личности. На основе таких искаженных представлений возникают предрассудки и фобии, что затрудняет коммуникации между инвалидом и социумом.

Эмоциональный барьер также является двусторонним, то есть он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида (любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т. д.) и фрустрирующих эмоций инвалида (жалость к себе, недоброжелательство по отношению окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т.д.). Подобный ком-

плекс является ретардирующим, т.е. затрудняющим социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. И сам индивид с ограниченными возможностями, и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон и взаимоотношений был нормализован.

Наконец, комплексный характер имеет *коммуникативный барьер*, который обусловлен кумуляцией действия все: вышеперечисленных ограничений, деформирующих личность человека. Расстройство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита привычной информации. Поэтому закономерно, что восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее нагруженных целей социальной реабилитации инвалида.

Таким образом, современное положение инвалидов предполагает понимание процесса ограничения возможностей, при котором нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды снижают активность человека и затрудняют его социальную деятельность; лица, признанные в установленном порядке инвалидами, при освидетельствовании получают определенную группу инвалидности и степень потери трудоспособности, дающие право на ряд социальных гарантий, лица с инвалидностью имеют различные проблемы медицинского, правового, экономического, социального и иного характера, которые предстают для анализа в виде различных барьеров инвалидности.

1.3 Нормативно-правовое регулирование решения социальных проблем инвалидов

Правовой аспект решения проблем инвалидов предполагает обеспечение их законных прав, свобод и обязанностей. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что работу по решению социальных проблем лиц, имеющих инвалидность, необходимо осуществлять на основе и с учетом нормативно-правовой базы документов мирового сообщества (учредительные акты, декла-

рации, пакты, конвенции, рекомендации и резолюции ООН, ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и др.), законодательных актов Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ, законов Нормативно-правовое обеспечение социальной работы с инвалидами следует рассматривать через систему нормативно-правовых документов: международных, федеральных, региональных, ведомственных.

Для того, чтобы квалифицированно предоставить инвалидам социальные услуги, специалисты учреждений социальной защиты населения обязаны знать правовые, ведомственные документы, определяющие статус инвалида, его права на получение различных льгот и выплат и т.д.

Общие права инвалидов сформулированы Генеральной Ассамблеей ООН в Конвенции о правах инвалидов, которая вступила в силу 3 мая 2008 г. Цель настоящей Конвенции заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства. Принципами настоящей Конвенции являются: уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости; недискриминация; полное и эффективное вовлечение и включение в общество; уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества; равенство возможностей; доступность; равенство мужчин и женщин; уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность [14].

В свою очередь приняты законодательные акты об инвалидах и в Российской Федерации (далее – РФ), которые определяют их основные права и обязанности, ответственность государства, благотворительных организаций, частных бизнес-структур в оказании квалифицированной социальной помощи и поддержки, а также социальных услуг данным категориям граждан. Это Федеральный закон от 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в РФ», Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ (ред. от

23.05.2016) «О ветеранах» и Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в РФ». Этими нормативно-правовыми актами определяются отношения общества, государства к инвалидам и отношения инвалидов с обществом, государством. Стоит отметить, что многие положения этих нормотворческих актов создают правовое поле жизнедеятельности и социальной защищённости инвалидов в РФ.

Существенные вопросы социальной защиты инвалидов получили правовую базу в федеральном законе (далее – ФЗ) «*О социальной защите инвалидов в РФ*». Данный федеральный закон конкретизирует такие понятия в области инвалидности как: инвалид, ограничение жизнедеятельности, социальная защита инвалидов, социальная поддержка инвалидов. ФЗ определяет компетенцию органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов, раскрывает права и обязанности органов медико-социальной экспертизы, которая на основании комплексного обследования инвалида устанавливает характер и степень заболевания, группу инвалидности, разрабатывает индивидуальные и комплексные программы реабилитации инвалидов, даёт медико-социальные заключения. В этом ФЗ рассматриваются реабилитация и абилитация инвалидов. «Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [42].

В законе определяется социально-бытовое обслуживание инвалидов, которое осуществляется в порядке и на основаниях, определяемых органами государственной власти субъектов РФ с участием общественных объединений инвалидов. В федеральном законе рассматривается обеспечение жизнедеятельности инвалидов (медицинская помощь, образование инвалидов, обеспечение инвалидов жильём, обеспечение занятости и т.д.), а также организация общественных объединений инвалидов [42].

Положение федерального закона «*Об основах социального обслуживания граждан в РФ*» направлено на всех граждан России, в том числе и на инвалидов, которым оказываются социальные услуги. В этом нормативно-правовом акте сформулированы основные принципы социального обслуживания граждан, включая инвалидов: равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям; адресность предоставления социальных услуг; приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг и др. [39].

Федеральный закон «*О ветеранах*» устанавливает правовые гарантии социальной защиты инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, в целях создания условий, обеспечивающих им достойную жизнь, активную деятельность, почет и уважение в обществе. Согласно данному ФЗ инвалидам войны предоставляются следующие меры социальной поддержки: льготы по пенсионному обеспечению, обеспечение за счет средств федерального бюджета жильем; сохранение права на получение медицинской помощи в медицинских организациях, к которым указанные лица были прикреплены в период работы до выхода на пенсию, а также внеочередное оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в том числе прохождение ежегодной диспансеризации) в медицинских организациях (в том числе в госпиталях ветеранов войн); внеочередной прием в организации социального обслуживания, предоставляющие социальные услуги в стационарной форме, в полустационарной форме, внеочередное обслуживание организациями социального обслуживания, предоставляющими социальные услуги в форме социального обслуживания на дому и т.д. [40].

Кроме того, 1 декабря 2014 года был принят федеральный закон № 419-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «*О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов*». Этот федеральный закон предусматривает внесение поправок и изменений в 25 законов в части обеспечения доступности услуг и объектов различных инфраструктур для инвалидов. Нормы этого нормативно-правового акта ориентированы на то, чтобы утвердить комплекс мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и условий для беспрепятственного пользования услугами [41].

Также в целях повышения эффективности научного, информационного и кадрового обеспечения проблем инвалидности и инвалидов Президент РФ издал Указы от 27 июля 1992 г. № 802 «*О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов*», от 2 октября 1992 г. № 1156 «*О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности*» и от 2 октября 1992 г. № 1157 «*О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов*» (с изменениями и дополнениями [38, 37, 36]).

Наряду с основными федеральными законами о социальной защите и социальном обслуживании инвалидов имеются и региональные законы Амурской области (далее – АО). Это Закон АО от 18 января 2007 г. № 284-ОЗ «*О социальной поддержке по обеспечению жильем ветеранов, инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, проживающих на территории Амурской области*» (с изменениями на 10 марта 2015 года) [10], Закон АО от 26 апреля 1999 г. № 143-ОЗ «*О ежемесячном пособии инвалидам I и II групп вследствие заболевания, полученного в период прохождения военной службы по призыву*» (с изменениями на 28 ноября 2014 года) [9], Закон АО от 28 декабря 2015 г. № 629-ОЗ «*О внесении изменений в некоторые законодательные акты Амурской области по вопросу социальной защиты инвалидов*» (принят Законодательным Собранием Амурской области 24 декабря 2015 года).

Помимо регионального законодательства, регламентирующего права ин-

валидов в АО, имеются и ведомственные приказы министерства социальной защиты населения АО (далее – Министерство): Приказ № 306 от 08.11.2013 г. «Об утверждении административных регламентов министерства социальной защиты населения АО по предоставлению государственных услуг: «Назначение ежемесячного пособия гражданам, ставшими инвалидами в результате увечья, заболевания, полученных при прохождении военной службы по призыву, и пострадавшими в результате боевых действий на территориях Чеченской Республики и бывших республиках СССР»; «Назначение ежемесячного пособия инвалидам I, II групп, вследствие заболевания, полученного в период прохождения военной службы по призыву»; «Назначение и выплата инвалидам, (в том числе детям-инвалидам), имеющим транспортные средства в соответствии с медицинскими показаниями, компенсации страховых премий по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств» и др.

Итак, для того, чтобы квалифицированно и компетентно предоставить инвалидам социальные услуги, специалисты учреждений социальной защиты населения обязаны знать правовые, ведомственные документы, определяющие статус инвалида, его права на получение различных льгот и выплат и т.д.

Таким образом, инвалид – это лицо, не только характеризующееся нарушением здоровья, расстройством функций организма, вследствие заболевания, травмы, но и такими социально-психологическими особенностями, как малообеспеченность, изолированность от общества, трудовая дискриминация, посттравматическое стрессовое расстройство. Важное значение для определения прав и обязанностей инвалидов, ответственности государства, благотворительных организаций, частных лиц имеют законы *«О социальной защите инвалидов в РФ»*, *«Об основах социального обслуживания граждан РФ»*.

2 ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИНВАЛИДОВ КАК ФОРМЫ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

2.1 Место социальной поддержки в системе социальной защиты инвалидов

Анализ истории развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения, изоляции «неполноценных» членов общества до концепций привлечения их к труду, человечество подошло к пониманию необходимости реинтеграции лиц с физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями [35, с.210].

В связи с этим возникает необходимость отвергнуть классический подход к проблеме инвалидности как к проблеме «неполноценных людей» и представить ее как проблему, затрагивающую общество в совокупности, а значит, требующей решения в рамках государственной политики.

ГСП в отношении инвалидов – комплекс мер медицинского, правового, культурного, педагогического, социального и иного характера, осуществляемый государством и направленный на искоренение дискриминации инвалидов и обеспечению равных прав и возможностей [22. с. 9].

Целью ГСП в отношении инвалидов, согласно федеральному законодательству, провозглашена не помощь инвалиду, а «обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ» [42, с. 13].

Главным способом реализации на практике ГСП в отношении инвалидов является их **социальная защита**, т.е. комплексное содействие в решении различных социальных проблем.

Социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечи-

вающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Государство отвечает за устранение условий, ведущих к инвалидности, и решение вопросов, связанных с последствиями инвалидности. Государство обеспечивает инвалидам возможность достигнуть одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, здравоохранения, участия в общественной жизни. Инвалиды имеют право жить в социуме, общество порицает изоляцию инвалидов. Для этого общество стремится сформировать условия независимой жизни инвалидов (самообеспечение, самодостаточность в повседневной жизни, безбарьерная среда).

За инвалидами признаются социальные права и обязанности граждан данного общества. Государство стремится к равнодоступности мер социальной защиты и поддержки в отношении инвалидов на всей территории страны, независимо от того, где проживает инвалид (в сельской или городской местности, столице или провинции). При реализации политики в отношении защиты инвалидов должны учитываться особенности индивида или групп инвалидов: все инвалиды в силу специфики своего заболевания находятся в разных стартовых условиях, и для обеспечения прав и обязанностей граждан страны в отношении каждой группы инвалидов проводится свой комплекс мероприятий.

Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав [16, с. 21].

Государственные структуры, неправительственные организации общественные объединения, частные инициативы призваны не только охранять здо-

ровье населения и заниматься профилактикой инвалидности, но и создавать условия для реабилитации инвалидов, их интеграции и реинтеграции в общество и профессиональную деятельность.

Развитию социальной защиты в отношении инвалидов в целях их интеграции должно способствовать создание сети реабилитационных центров для лиц с ограниченными возможностями, где осуществлялись бы профориентация, профобучение, консультирование по психологическим, правовым и организационным проблемам; предлагалась бы конкретная помощь по обеспечению и трудоустройству.

Государственная социальная защита инвалидов в настоящее время остается также основным публичным механизмом в определении, категоризации и легализации инвалидности и продолжает быть существенным элементом в конструировании и поддержании зависимого статуса людей с ограниченными возможностями. В этом смысле положение людей с инвалидностью в ряде стран связано с недостаточно развитым и не всегда эффективным правовым контекстом в части предусмотренных механизмов реализации соответствующего законодательства и ответственности за его исполнение.

Система социальной защиты инвалидов, сложившиеся в развитых странах, включают в себя ряд взаимосвязанных элементов, отражаемых в нормативном закреплении прав инвалидов, прав и обязанностей государственных органов, общественных и благотворительных организаций, форм и методов их деятельности в этой сфере (рис.2).

Как видно, в числе организационно-правовых форм социальной защиты инвалидов выделяется также их социальная поддержка.

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 30.10.2017) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет **социальную поддержку инвалидов** как систему мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.

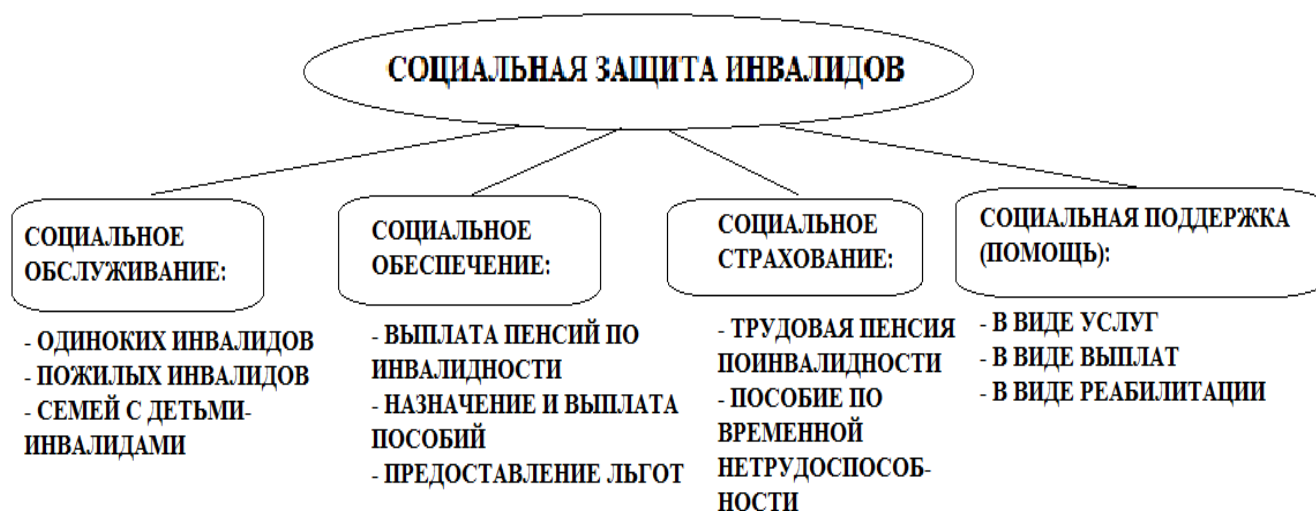


Рисунок 2 – Система социальной защиты инвалидов

Социальная поддержка (помощь) предоставляется социально уязвимым группам населения, не способным в силу тех или иных причин обеспечить себе доход. Помощь осуществляется как путем денежных, так и натуральных выплат (бесплатные обеды, одежда) и финансируется за счет общих налоговых поступлений.

Международным сообществом выработаны следующие основные *критерии оценки социальной поддержки инвалидов*: наличие официально признанной политики в отношении инвалидов; наличие специального антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов; судебные и административные механизмы реализации прав инвалидов; наличие неправительственных организаций инвалидов; доступ инвалидов к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, на образование, на создание семьи, на неприкосновенность частной жизни и собственности, а также политических прав; наличие безбарьерной физической и социальной среды.

Реализация социальной поддержки в отношении инвалидов предполагает наличие двух элементов:

1) *система обеспечения жизнедеятельности* – с помощью этого элемента государство пытается предоставить гражданину-инвалиду возможность достойного существования, главным образом через систему услуг и выплат;

2) *система реабилитации* – может быть трех видов: социальная, про-

фессиональная, медицинская. Целью реабилитации является создание условий для развития и совершенствования способности гражданина к полноценной, несмотря на инвалидность, жизни в обществе.

Таким образом, социальная поддержка – это организационно-правовая форма социальной защиты инвалидов в РФ.

2.2 Социальные услуги и выплаты как элемент социальной поддержки инвалидов

Система обеспечения жизнедеятельности инвалидов включает в себя различные виды денежных выплат и различных услуг.

Что касается *денежных выплат*, то основной их объем – это пенсии по инвалидности (трудовые и по государственному пенсионному обеспечению) и выплаты в виде обеспечения по страховым случаям. Устанавливаются различные единовременные и периодические выплаты в связи с нарушением здоровья в результате чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий и т.д.

Социальные денежные выплаты инвалидам включают: ЕДВ, ДЕМО, НСУ, ФСД ЕДВ, ДЕМО, ФСД, ЕСВ.

Ежемесячная денежная выплата (ЕДВ) - процесс получения ЕДВ носит заявительный характер. Это значит, что вам необходимо подать письменное заявление с приложением правоподтверждающих документов. В случае, если гражданин одновременно имеет право на получение ЕДВ по нескольким основаниям в рамках одного закона, выплата устанавливается только по одному основанию, предусматривающему более высокий размер.

Дополнительное ежемесячное материальное обеспечение (ДЕМО) - право на ДЕМО имеют только граждане Российской Федерации независимо от места их проживания. В случае, если гражданин одновременно имеет право на получение ДЕМО по нескольким основаниям, оно устанавливается по одному основанию, предусматривающему более высокий размер выплаты.

Федеральная социальная доплата (ФСД) – это доплата к пенсии устанавливается всем неработающим пенсионерам, чей совокупный материальный доход ниже уровня прожиточного минимума, установленного в регионе. Те, кто

впервые оформляет пенсию, могут одновременно подать заявление на установление доплаты, и она будет выплачиваться гражданину автоматически вместе с основной пенсией.

ЕСВ субсидии малообеспеченным

Что касается *услуг*, то инвалиды имеют право, прежде всего, на получение медицинской помощи, а также на лекарственное обеспечение бесплатно или на льготных условиях. При наличии медицинских показаний, инвалид поступает в ВУЗы без конкурса, а для детей, которые не могут посещать школу, предусмотрено право на надомное образование.

Все федеральные льготники, к которым относятся инвалиды, имеют право на набор социальных услуг. Социальный пакет состоит из трех частей: лекарственной (бесплатные лекарства по рецептам врача), санаторно-курортной (бесплатные путевки в санаторий по рекомендации врача) и транспортной (бесплатный проезд в пригородных поездах и проезд в санаторий и обратно). Каждый решает для себя, в каком виде он будет получать услуги: в натуральном виде или в их денежном эквиваленте. Распорядиться можно как полным пакетом, так и любой из частей по отдельности.

Набор социальных услуг (НСУ) является частью ежемесячной денежной выплаты, и для его получения писать отдельное заявление не нужно. Набор социальных услуг включает в себя: обеспечение по рецептам врача необходимыми лекарственными препаратами; предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение; бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

При предоставлении социальных услуг граждане, имеющие I группу инвалидности, и дети-инвалиды имеют право на получение на тех же условиях второй путевки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица. Для того чтобы отказаться от получения набора социальных услуг в натуральной форме и

получать денежные средства, необходимо до 1 октября подать заявление об отказе от получения социальных услуг или одной социальной услуги в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации. Достаточно единожды подать заявление об отказе от льгот в натуральном виде, после чего нет необходимости ежегодно подтверждать свое решение. Поданное заявление об отказе будет иметь силу до того момента, пока гражданин не примет решения возобновить получение льгот.

Деятельность по удовлетворению потребностей инвалидов в социальных услугах представляет собой *социальное обслуживание*. Инвалиды имеют право на социальное обслуживание в том случае, если они нуждаются в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и передвижению.

Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» предусматривает следующие права этих лиц при получении социальных услуг:

- 1) право на уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания;
- 2) право на выбор учреждения и формы социального обслуживания в порядке, установленном федеральным органом социальной защиты населения и органами социальной защиты населения субъектов Российской Федерации;
- 3) право на информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальных услуг;
- 4) право на согласие на социальное обслуживание;
- 5) право на отказ от социального обслуживания;
- 6) право на конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг;
- 7) право на защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке.

Право на информацию в сфере социального обслуживания предполагает обязанность социальных работников или представителей администрации учреждений социального обслуживания сообщать непосредственно инвалидам или их законным представителям все сведения, касающиеся видов и форм социальных услуг, условий их оплаты, а также условий проживания или пребывания в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Статья 16 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» предусматривает следующие формы предоставления социальных услуг инвалидизированному населению:

1) *социальное обслуживание на дому*, которое направлено на максимально возможное продление пребывания инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса;

2) *полу стационарное социальное обслуживание* в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания, включающее в себя социально-бытовое, медицинское и культурное обслуживание инвалидов, организацию их питания, отдыха, обеспечение их участия в посильной трудовой деятельности и поддержание активного образа жизни;

3) *стационарное социальное обслуживание* в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и т.д.) предполагающее оказание разносторонней социально-бытовой помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении;

4) *срочное социальное обслуживание*, осуществляемое в целях оказания неотложной помощи разового характера инвалидам, остро нуждающимся в социальной поддержке;

5) *социально-консультативную помощь* инвалидам, направленную на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Проживающие в стационарных учрежде-

ниях социального обслуживания инвалиды вправе принимать участие в лечебно-трудовой деятельности при наличии соответствующих медицинских рекомендаций.

Основными задачами лечебно-трудовой деятельности являются трудовая терапия и улучшение общего состояния здоровья инвалидов, их трудовое обучение и переобучение с целью освоения новой профессии в соответствии с их физическими возможностями, медицинскими показаниями и иными обстоятельствами. Проведение лечебно-трудовой деятельности поручается инструкторам по труду и инструкторам по подготовке рабочих в соответствии с планами-расписаниями и индивидуальной программой реабилитации. В случае необходимости, для выполнения работ по организации лечебно-трудовой деятельности могут привлекаться специалисты различного профиля [39, с.23].

Социальное обслуживание во всех перечисленных выше формах производится как государственными и муниципальными, так и частными учреждениями, но условия предоставления социальных услуг инвалидам организациями различных форм собственности не одинаковы. Так, федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам, распространяется только на государственные и муниципальные учреждения социального обслуживания. Входящие в данный перечень услуги предоставляются инвалидам бесплатно, если они получают пенсию в размере, меньшем, чем установленный для данного региона прожиточный минимум, и не имеют родственников, способных обеспечить им помощь и уход, либо проживают в семьях, среднедушевой доход которых ниже данного показателя.

Так, ч. 6 ст. 28 Федерального закона от 20.07.95 устанавливает инвалидам скидку за пользование телефоном в размере 50 %. При этом порядок оказания услуг телефонной связи регулируется специальными Правилами, которые утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 26 сентября 1997 года. Согласно п. 19 данных Правил заявление о заключении договора об оказании услуг телефонной связи может подать любой гражданин,

обладающий полной дееспособностью в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, зарегистрированный в установленном порядке по месту жительства или являющийся собственником жилого помещения. С письменного согласия родителей, усыновителей или попечителей заявление может быть подано лицом, достигшим 14 лет.

На основании перечисленных выше норм, в предоставлении 50 % скидки за пользование телефоном отказывали родителям детей-инвалидов, являющимся абонентами, поскольку такая льгота предоставлена инвалидам и не распространяется на проживающих с ними лиц. С другой стороны, сам ребенок-инвалид до 14 лет не может стать абонентом. Не могут быть абонентами и недееспособные граждане.

Однако нормы гражданского права позволяют родителям, усыновителям или опекунам несовершеннолетних детей совершать сделки от их имени (ч. 1 ст. 28 ГК РФ). Следовательно, юридическая возможность получения льгот по оплате услуг телефонной связи для семьи, имеющей ребенка-инвалида, существует, но она относится лишь ко вновь заключаемым договорам. Вместе с тем, законодатель должен был учесть возможность возникновения сложностей подобного рода и в тексте Федерального закона от 20.07.95 сконструировать норму о праве на данную льготу следующим образом: «Скидка за пользование телефоном и радиотрансляционной точкой в размере 50 % предоставляется следующим категориям граждан: инвалидам; семьям, имеющим детей-инвалидов; опекунам инвалидов, признанных судом недееспособными, при условии их совместного проживания с подопечными».

В число социально-медицинских и санитарно-гигиенических услуг включаются: обеспечение ухода с учетом состояния здоровья; содействие в оказании медицинской помощи в объеме базовой программы медицинского страхования; содействие в проведении реабилитационных мер в объеме индивидуальной программы; содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами изделиями медицинского назначения; оказание психологической помощи; содействие в госпитализации и посещение в стационарных учреждениях здравоохранения; по-

мощь в получении путевок на санаторно-курортное лечение; содействие в получении зубопротезной помощи и протезно-ортопедической.

Специализированные отделения социального обслуживания на дому, включающие медицинских работников и оказывающие медико-социальные услуги, обеспечивают наблюдение за состоянием здоровья инвалидов, оказание экстренной врачебной помощи, выполнение медицинских процедур по назначению врача, оказание санитарно-гигиенических услуг, кормление ослабленных больных, проведение санитарно-просветительной работы.

Особые сложности возникают в настоящее время с обслуживанием инвалидов, проживающих в сельской местности. Это связано как с условиями их расселения, так и процессами социально-экономических преобразований сельскохозяйственного производства и форм собственности на селе. Более 2/3 населенных пунктов в сельской местности России имеют не более 100 жителей, 1/4 — от 100 до 500 и лишь 1/10 — более 500. В связи с этим, а также в связи с удаленностью от городов, поселков городского типа и районных центров основная забота о социально-бытовом обслуживании престарелых и инвалидов-сельчан до последнего времени лежала на администрации и коллективах тех хозяйств, где они проживают.

Практиковалось также обслуживание одиноких нетрудоспособных граждан комплексными приемными пунктами по оказанию бытовых услуг, снабжение их продуктами и товарами через сеть автолавок, горячей пищей — через детские сады и ясли, а в летнее время — из столовых полевых станций. Такая система организации социального обслуживания на дому инвалидов в связи с расформированием многих колхозов и совхозов в настоящее время становится недееспособной. На первый план, особенно в мелких населенных пунктах, выступает как наиболее рациональная форма оказания такой помощи — помощь соседей на условиях договора, заключенного с отделами социальной защиты или с центрами социального обслуживания.

Таким образом, основное содержание социальной поддержки инвалидов составляют социальные выплаты и социальные услуги.

2.3 Социальная реабилитация как элемент социальной поддержки ин-

ВАЛИДОВ

Реабилитация инвалидов представляет собой процесс реализации специальных мер, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничения жизнедеятельности, вызванную нарушением здоровья.

В сфере *медицинской реабилитации* граждане имеют право на предоставление путевок на санаторно-курортное лечение, либо оплату соответствующих расходов. Кроме того, граждане имеют право на восстановительные хирургические операции, на протезирование. Специальных актов достаточно мало, в основном регулирование осуществляется специальными законами по поводу курортного лечения.

Профессиональная реабилитация инвалидов осуществляется в ходе четырех последовательных этапов: профессиональная ориентация; профессиональное образование; профессионально-производственная адаптация; рациональное трудоустройство, т.е. трудоустройство, которое обеспечивает соответствие условий и содержания труда состоянию здоровья гражданина, а также социально-экономическую равноценность, рекомендуемую ему в профессиональной деятельности.

Самой известной мерой обеспечения занятости инвалидов является *квотирование*. В настоящее время квота составляет от 2 до 4% и устанавливается органами исполнительной власти субъектов РФ. Власти региона должны принимать обязательные положения. Квотирование действует для тех предприятий, где работает более 30 человек. Это характерно для всех государственных организаций.

Для каждого инвалида разрабатывается *индивидуальная программа реабилитации*, в которой содержится перечень мер, которые должны реализовываться государственными органами и работодателем, иными организациями с целью реабилитации гражданина. Все реабилитационные мероприятия должны финансироваться за счет федерального или регионального бюджета, у нас должна быть разработана федеральная базовая программа реабилитации, где должно быть перечислено, какие мероприятия должен финансировать феде-

ральный бюджет.

Наиболее известными среди государственных органов – субъектов разработки ИПР являются *учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы* (БМСЭ, МСЭ и т.д.). Врачебно-трудовые экспертные комиссии в настоящее время не действуют – их заменили МСЭ. Существует *три вида бюро МСЭ*: общего профиля; специализированного; смешанного.

Все они осуществляют свою деятельность на основе примерного положения «Об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы», которое утверждено постановлением Правительства РФ. В федеральном положении прямо не перечислены виды специализированных бюро. Однако, по общему правилу они создаются для освидетельствования больных психическими расстройствами, для определения дефектов зрения, больных туберкулезом.

Помимо бюро МСЭ, экспертные функции исполняют также военно-врачебные комиссии, они занимаются установлением причин инвалидности для военнослужащих. Кроме этого, для установления причинной связи инвалидности с радиационным воздействием, были созданы специальные межведомственные экспертные советы. Регулярно создаются те или иные консультационные структуры в системе органов государственной власти, в настоящее время есть специальная межведомственная комиссия по реабилитации инвалидов при Правительстве РФ, а при Президенте РФ есть совет по делам инвалидов.

Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Если предусмотренное индивидуальной программой реабилитации техническое средство реабилитации либо услуга не могут быть предоставлены инвалиду или если инвалид приобрел соответствующее средство либо оплатил услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере сто-

имости технического средства реабилитации, услуги, которые должны быть предоставлены инвалиду.

Отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной власти, органы местного самоуправления, а также организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности от ответственности за ее исполнение и не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

По медицинским показаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

Финансирование расходных обязательств по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, в том числе изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, осуществляется за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации.

Предусмотренные индивидуальными программами реабилитации инвалидов технические средства реабилитации, предоставленные им за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования Российской Федерации, передаются инвалидам в безвозмездное пользование [26, с.15].

Технические средства реабилитации предоставляются инвалидам по месту их жительства уполномоченными органами в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, Фондом социального страхования Российской Федерации, а также иными заинтересованными организациями.

Перечень технических средств реабилитации и показаний для обеспечения ими инвалидов, а также порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации определяются Правительством Российской Федерации.

Одним из условий, обеспечивающих результативность социальной рабо-

ты, является разработка и внедрение технологий социальной работы, с помощью которой обеспечивается достижение определенных целей социальной работы, необходимых общественных объединений изменений по отношению к отдельному человеку, или группе лиц, удастся осуществить широкий спектр социальных, социально-экономических, социально-психологических, медико-социальных и др. мероприятий для решения социальных проблем инвалидов.

Наблюдение и прогнозирование уровня занятости инвалидов позволяют органам власти на местах принимать своевременные меры для организации и приспособления к нуждам инвалидов. Трудовыми возможностями новых рабочих мест и сети специализированных предприятий, помогают активно влиять на законно деятельный процесс в этой области. Диагностика деятельности социальных организаций позволяет наметить цели, направленные на решение выявленных проблем и обеспечение их эффективности и рентабельности. В связи с этим в структуре организации Всероссийского общества инвалидов целесообразно иметь следующие отделения: анализа, прогноза мониторинга и рекламы; социально-экономической помощи; социально-медицинской помощи; профилактики безнадзорности и правонарушений среди детей и подростков; платных услуг.

В течение последних нескольких лет в результате кардинальных преобразований в российском обществе произошли значительные изменения, как в практике реабилитации, так и в социальной политике в отношении инвалидов.

Таким образом, социальная поддержка инвалидов как организационно-правовая форма социальной защиты населения с ограниченными возможностями представляет собой систему, состоящую из двух основных блоков – предоставления инвалидам социальных услуг и выплат, а также их социальной реабилитации.

3 СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ИНВАЛИДОВ В ГКУ АО УСЗН ПО Г. БЛАГОВЕЩЕНСКУ И БЛАГОВЕЩЕНСКОМУ РАЙОНУ

3.1 Социальный портрет и проблемы инвалидов в Амурской области и г. Благовещенске

По данным государственного учреждения Отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по Амурской области, по состоянию на 1 января 2017 года в области проживало 83248 инвалидов (в том числе 3711 детей-инвалидов), это каждый десятый амурчанин (численность населения на начало 2017 года – 817,3 тысячи человек). Численность инвалидов в течение последних пяти лет остается в среднем на одном уровне и составляет порядка 83 тысяч человек. Однако, относительно общей численности населения, доля граждан с ограниченными возможностями здоровья увеличивается: 2008 год – 9,93%; 2012 год – 10,2%, 2016 год – 10,9%.

Наряду с этим остается тревожным показателем уровень первичной инвалидности населения. Так в 2010 году уровень первичной инвалидности взрослого населения в Амурской области составлял 86,4 случая на 10000 взрослого населения, что на 13% выше уровня в целом по России (76,4 человека на 10000 взрослого населения). Амурская область занимала по данному показателю 30 место среди всех субъектов Российской Федерации. Уровень первичной инвалидности среди детского населения в 2010 году составил 29,5 человека на 10000 взрослого населения и был выше общероссийского на 1,3% (28,2 человека на 10000 взрослого населения) (данные приведены в областной программе «Развитие системы социальной защиты населения Амурской области на 2014 - 2020 гг.»).

В сравнении с состоянием 2010 года, в 2017 году число впервые признанных инвалидами в возрасте от 18 лет и старше сократилось на 8%; число детей, впервые признанных инвалидами, снизилось на 3%. Это во многом обусловлено снижением численности населения области за прошедшие годы (в 2010 году

- 860,69 тысячи человек, на 1 января 2017 года - 821,5 тысячи человек, на 1 января 2013 года - 817,3 тысячи человек).

Сегодня по уровню первичной инвалидности как взрослого, так и детского населения, среди субъектов Дальневосточного федерального округа (ДФО) Амурская область занимает 2 место.

Были изучены социальные проблемы инвалидов г. Благовещенск (метод – анализ документов, выборочную совокупность составили документы, характеризующие клиентов – инвалидов старше 18 лет, находящихся на обслуживании в органах СЗН).

Средний возраст – 42 года, из них женщин – 81 человек, мужчин – 56 человек. Образование имеют: среднее 65 %, высшее 15 %, среднее специальное 20%.

В структуре инвалидности по группам болезней подавляющее большинство составляют болезни системы кровообращения - 49%, злокачественные новообразования - 13,6%, болезни костно-мышечной системы - 7,3%, туберкулез - 6,2%, травмы - 5,4%, психические расстройства - 3,2%. Все остальные группы болезней имеют удельный вес менее 3%.

По данным нашего исследования в настоящее время на профессиональном обучении находится лишь 35,7 %, а могло быть и больше потому что, многие лица с ограниченными возможностями стесняются поступать на престижные конкурентоспособные профессии. Так как профессиональное образование предусматривает систему и процесс овладения знаниями, навыками и умениями в области рекомендуемой профессиональной деятельности.

Доступность качественного профессионального образования снижается, пока отсутствует его т.н. реабилитационный компонент, предполагающий дополнительные бюджетные ассигнования и предоставляемый наряду с образовательными услугами. Для многих инвалидов ситуация ухудшается из-за низкого экономического статуса их семей, что выражается в недостаточных условиях домашней подготовки, отсутствии телефона, компьютера, электронной коммуникации.

На сегодняшний день профессиональное образование предоставляет инвалидами следующие возможности:

- приобрести квалифицированную профессию, если они ранее ее не имели;
- приобрести другую специальность, если в связи с болезнью или инвалидностью работа по прежней специальности становится невозможной или малопродуктивной;
- повысить имеющуюся квалификацию по выполняемой работе.

Можно отметить три основных пути получения новой профессии:

- самостоятельное переобучение (за обучение инвалидов платит сам), по данным исследования 5 % инвалидов платят сами за обучение;
- бесплатное переобучение через службу занятости. Право на это имеют инвалиды III и II групп, I группы – с трудовой рекомендацией;

Для молодых инвалидов, имеющих недостаточный социальный опыт, важна помощь в развитии и формировании таких социальных навыков, как поиск работы по специальности, умение составлять профессиональное резюме, взаимодействовать с представителями официальных структур, осуществлять поисковые телефонные звонки, умение пользоваться Интернет – ресурсами.

Практика показывает, что специалисты по социальной работе УСЗН при необходимости трудоустройства своих подопечных приходится не только направлять их в центры занятости населения, но и в случае отказа или неэффективной помощи со стороны этой службы самим заниматься вопросами их трудоустройства. Эта проблема особенно актуальна в отношении людей с тяжелыми формами инвалидности, психически больных людей, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах, инвалидов, состоящих в общественных организациях, а также в сельской местности, где выбор на рынке труда ограничен. В таких случаях специалист по социальной работе, учитывает интересы и возможности своего подопечного, должен не только суметь подобрать потенциальное место для его трудоустройства, но и добиться согласия работодателя принять его на работу.

В улучшении жилищных условий (в т.ч. ремонт жилого помещения) нуждается более половины опрошенных инвалидов.

На сегодняшний день по данным нашего исследования практически все инвалиды имеют родственников (80 %). Но помогают инвалидам лишь 20%, а не помогают 80 %. Это зависит от ряда причин таких как:

- совместно не проживают;
- сами инвалиды и имеют ограничения возможностей;
- проживают за пределами города или в другом регионе и нет средств, чтобы приехать;
- имеют материальные затруднения;
- не поддерживают вовсе связей;

Многие может, и хотели бы помогать и ухаживать, но из-за жилищных проблем не могут забрать инвалида к себе.

Ситуативная тревожность и эмоциональное напряжение инвалидов составляет 85%. Это зависит от эмоциональной, жизни, сужения коммуникативных связей, что может привести к деградации человека, сведению его жизнедеятельности до физиологических потребностей, еды, сна, физических надобностей. Инвалиды больше подвержены страхам, беспокойством, у них наблюдается повышенная тревожность.

Анализируя спектр проблем, связанных с организацией жизнедеятельности инвалидов, можно сделать вывод, что одной из глобальных проблем является их вынужденная изолированность. Одним из основных факторов, обуславливающих изолированность граждан, прежде всего из числа маломобильных граждан с инвалидностью, является непригодность объектов социальной инфраструктуры к нуждам инвалидов и, как следствие, низкая доступность жизненно важных услуг.

Согласно представленной органами исполнительной власти области информации установлено, что многие объекты социальной инфраструктуры не соответствуют требованиям строительных норм и правил по обеспечению доступности для инвалидов и других МГН.

В некоторых случаях отсутствуют пандусные съезды, непреодолимым препятствием для инвалидов являются узкие дверные проемы и тамбуры, наличие высоких порогов, необорудованные зоны оказания услуг и санитарно-гигиенические помещения.

Так, систему социальной защиты населения области составляет 57 учреждений. Все учреждения размещаются в 77 зданиях, из которых только 19,8% объектов и предоставляемых в них услуг (от общей численности) доступны для инвалидов и других МГН, 27,8% - условно доступны для всех категорий инвалидов, 47% - частично доступны (т.е. доступны специально выделенные зоны и участки объектов).

Для инвалидов-колясочников 45,9% объектов сферы социальной защиты населения являются доступными, 34,5% учреждений частично доступны, 6,5% недоступны, 13,1% - не востребованы инвалидами и другими МГН.

Для лиц с нарушениями слуха 85,2% объектов являются доступными, 14,8% - условно и частично доступны (возможна дополнительная помощь сотрудника, услуги на дому, дистанционное обслуживание).

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата 49,1% учреждений социальной защиты являются доступными, 34,4% - условно доступны, 16,5% - для увеличения доступности для данной категории лиц требуются специальные приспособления.

Для лиц с нарушениями зрения 54% учреждений являются условно доступными, 29,5% частично доступными, 16,5% учреждений не востребованы данной категорией инвалидов.

Аналогичная ситуация складывается и в других социальных отраслях.

Таким образом, несмотря на все предпринимаемые меры, вопросы создания достойных условий для жизнедеятельности инвалидов, создания "безбарьерной среды", обеспечения социальной защищенности инвалидов в Амурской области и г. Благовещенске остаются по-прежнему актуальными, требуют дальнейшей проработки, систематизации и комплексного решения.

3.2 Анализ деятельности ГБУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Бла-

Благовещенскому району по социальной поддержке с инвалидов

Получателями мер социальной поддержки в Амурской области являются 297,6 тыс. чел. или 33% жителей области: инвалиды, ветераны войны и труда, многодетные семьи, малообеспеченные граждане.

Обеспечение государственных социальных гарантий и прав населения Амурской области на получение социальной поддержки является основным приоритетом социальной политики Правительства Амурской области.

Система мер социальной поддержки отдельных категорий граждан в Российской Федерации носит заявительный характер и предусматривает разграничение полномочий и соответствующих расходных обязательств по предоставлению мер социальной поддержки конкретным категориям граждан по уровням бюджетной системы.

Все меры социальной поддержки отдельных категорий граждан базируются на применении двух подходов:

- категориальный подход предоставления мер социальной поддержки - без учета нуждаемости граждан. Такие меры дифференцированы с учетом заслуг граждан по защите Отечества, в связи с безупречной военной, иной государственной службой, продолжительным добросовестным трудом;

- адресный подход предоставления мер социальной поддержки гражданам - с учетом нуждаемости граждан, исходя из соотношения их доходов с установленной в Амурской области величиной прожиточного минимума для соответствующих социально-демографических групп населения.

Одним из направлений деятельности министерства социальной защиты населения области является предоставление мер социальной поддержки гражданам, имеющим заслуги перед Российской Федерацией и Амурской областью, с целью повышения их доходов и социального статуса.

Социальная поддержка инвалидизированного населения может осуществляться в любом из названных направлений.

В г. Благовещенске меры социальной поддержки инвалидам предоставляются в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Государственное казенное учреждение Амурской области – управление социальной защиты населения по г. Благовещенск и Благовещенскому району было создано на основании распоряжения Правительства Амурской области от 06.10.2011 № 127-р «О создании государственных казенных учреждений Амурской области - управлений социальной защиты населения по городским округам и муниципальным районам области путем изменения типа государственных бюджетных учреждений - управлений социальной защиты населения по городским округам и муниципальным районам области» в результате изменения типа Государственного бюджетного учреждения - Управления социальной защиты населения по г. Благовещенск и Благовещенскому району и является правопреемником Государственного бюджетного учреждения - Управления социальной защиты населения по г. Благовещенск и Благовещенскому району, созданного на основании постановления губернатора Амурской области от 27.12.2007 № 693 «О создании государственных бюджетных учреждений министерства социальной защиты населения Амурской области - центров социальных выплат и услуг», как государственное бюджетное учреждение «Центр социальных выплат и услуг министерства социальной защиты населения Амурской области по г. Благовещенск и Благовещенскому району» и переименованного на основании постановления губернатора Амурской области от 01.12.2008 № 465 «О переименовании государственных бюджетных учреждений министерства социальной защиты населения Амурской области - центров социальных выплат и услуг» в Государственное бюджетное учреждение Амурской области - управление социальной защиты населения по г. Благовещенск и Благовещенскому району.

Меры социальной поддержки в отношении инвалидов в ГКУ УСЗН по г. Благовещенск и Благовещенскому району преимущественно реализуют 2 отдела:

Отдел предоставления мер социальной поддержки осуществляет прием инвалидов по вопросам:

1. Назначения и выплаты ежемесячной социальной выплаты на оплату

жилищно-коммунальных услуг (ЕСВ) гражданам отдельных категорий.

К гражданам отдельных категорий относятся:

- инвалиды;
- семьи с детьми-инвалидами;
- участники и инвалиды ВОВ;
- ветераны боевых действий;
- жители блокадного Ленинграда с группой инвалидности;
- ликвидаторы и инвалиды вследствие ликвидации ЧАЭС;

2. Назначения и выплаты ЕСВ на приобретение твердого топлива гражданам отдельных категорий, проживающих в домах с печным отоплением.

3. Назначения ежемесячной денежной компенсации (ЕДК) гражданам, получившим инвалидность вследствие военной травмы, а также вдовам инвалидов ВОВ и членам семей военнослужащих, погибших вследствие военной травмы.

4. Назначения и расчета денежной компенсации членам семей погибших (умерших) военнослужащих и сотрудников федеральных органов исполнительной власти в связи с расходами по оплате жилых помещений и коммунальных услуг.

5. Назначение и выплата компенсации расходов на уплату взноса на капитальный ремонт:

- одиноко проживающим неработающим инвалидам - собственникам жилых помещений, достигшим возраста 70 лет;

- неработающим инвалидам - собственникам жилых помещений, достигшим возраста 70 лет, проживающим в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста;

- одиноко проживающим неработающим инвалидам - собственникам жилых помещений, достигших возраста 80 лет;

- неработающим инвалидам - собственникам жилых помещений, достигшим возраста 80 лет, проживающим в составе семьи, состоящей только из совместно проживающих неработающих граждан пенсионного возраста.

Отдел социальных выплат отдельным категориям граждан осуществляет прием инвалидов по вопросам:

1. Назначение и выплата ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ) инвалидам из числа ветеранов труда, ветеранов военной службы, лиц реабилитированным и пострадавшим от политических репрессий, почетным донорам Амурской области, ветеранов труда Амурской области, детям войны.

2. Назначение и выплата ежегодной денежной выплаты инвалидам - почетным донорам РФ и СССР.

3. Назначение и выплата ежемесячных пособий по областным законам:

-инвалидам I и II групп, вследствие заболевания, полученного в период прохождения военной службы по призыву;

-гражданам, ставшим инвалидами в результате увечья, заболевания, полученных при прохождении военной службы по призыву, и пострадавшим в результате боевых действий на территориях Чеченской республики и бывших республик СССР;

4. Назначение и выплата реабилитированным лицам компенсации стоимости проезда в пределах территории РФ один раз в год (туда и обратно);

5. Назначение и выплата реабилитированным лицам компенсации расходов на установку квартирного телефона.

6. Прием заявлений на присвоение званий:

-Ветеран труда,

-Ветеран труда Амурской области.

7. Выдача удостоверений:

-Ветеранам Великой Отечественной войны;

-инвалидам войны;

-инвалидам боевых действий о праве на льготы;

-бывшим несовершеннолетним узникам фашизма;

-членам семей инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий.

8. Назначение и выплата пособия на погребение:

-граждан, не работавших и не являвшихся пенсионерами;
-бывших несовершеннолетних узников фашизма;
-компенсация расходов, связанных с захоронением и установкой надгробия Героям социалистического труда.

9. Назначение и выплата единовременной денежной выплаты ко Дню Победы.

10. Назначение и выплата единовременной денежной выплаты ко Дню памяти о россиянах.

11. Назначение и выплата ежемесячной компенсации на приобретение продовольственных товаров гражданам, пострадавшим в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС и вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне.

12. Назначение и выплата компенсации за ежегодный дополнительно оплачиваемый отпуск гражданам, пострадавшим в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС и вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне.

13. Назначение и выплата ежемесячной и ежегодной компенсации за вред здоровью и на оздоровление гражданам, пострадавшим в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС.

14. Назначение и выплата инвалидам компенсации страховых премий по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств.

15. Определение права на льготный проезд на пассажирском транспорте общего пользования с применением социальной транспортной карты.

16. Изготовление и выдача талонов-заявок на проезд по социальной карте на пассажирском транспорте общего пользования, на котором не используется электронная система платежей с применением социальной карты (в пределах Амурской области).

17. Предоставление субсидий пассажирским транспортным предприятиям на возмещение расходов за проезд граждан отдельных категорий с примени-

ем социальной транспортной карты.

В целом инвалиды, обращающиеся за социальной защитой в ГКУ АО – УСЗН имеют право на следующие меры социальной поддержки (таблица 1).

Меры социальной поддержки для категории: «Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов»	
Ежемесячная социальная выплата на оплату жилого помещения и коммунальных услуг	
Размер	Расчет производится индивидуально
Периодичность выплаты	Ежемесячно
Круг получателей	1. инвалиды I, II, III группы; 2. семьи, имеющие детей-инвалидов.
Основные документы:	1. документ, удостоверяющий личность гражданина и подтверждающий его регистрацию по месту жительства (пребывания); 2. справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы; 3. документ, содержащий сведения о размере занимаемой заявителем площади и о собственнике жилого помещения, если право собственности на жилое помещение не зарегистрировано в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним; 4. документы, подтверждающие родственные отношения с ребенком-инвалидом совместно зарегистрированных лиц; 5. документ, подтверждающий наличие в занимаемом жилом помещении печного либо автономного отопления (в случае если заявитель претендует на получение мер социальной поддержки по оплате твердого топлива или автономного отопления); 6. документ, подтверждающий отсутствие задолженности по оплате жилого помещения и коммунальных услуг или, при наличии задолженности, соглашение по ее погашению.
Основание	Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

Кроме того, в рамках Закона Амурской области от 18.01.2007 № 284-ОЗ «О социальной поддержке по обеспечению жильем ветеранов, инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, проживающих на территории Амурской области» в полномочия министерства входит обеспечение жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, вставших на учет до 1 января 2005 года.

В 2017 году в Амурской области были предусмотрены средства федерального бюджета в сумме 19503,2 тыс. рублей, которые распределены для

предоставления единовременной выплаты 25 чел. (18 кв.м.*42847 руб. за 1 кв.м.= 771 246 руб.) На 07.09.2017 оплачено 16 договоров, отказано в перечислении 1 договор (г. Благовещенск).

Список граждан, имеющих право на получение указанной меры социальной поддержки по обеспечению жильем за счет средств федерального бюджета, сформирован министерством на основании сведений, представленных ОМСУ (по дате постановки граждан на учет). В настоящее время в нем состоит 483 человека.

С 2016 года управления социальной защиты производят сравнение выплачиваемых гражданам ежемесячных социальных выплат на оплату жилищно-коммунальных услуг (ЕСВ) с размером их фактических расходов на оплату коммунальных услуг. За второй квартал текущего года 51, 8 тыс. получателям ЕСВ был произведен перерасчет ЕСВ.

С января 2017 г. не только сравнение, но и начисление выплат производится исходя из фактических расходов граждан на оплату коммунальных услуг.

С начала года сотрудниками УСЗН проводилась разъяснительная работа с населением по вопросу изменения механизма предоставления федеральным льготникам компенсации расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг были публикации в печатных СМИ, на телевидении, радио, была организована онлайн-конференция, выездные беседы с региональными отделениями общественных организаций пенсионеров и инвалидов.

Помимо проводимых программных мероприятий на территории области продолжается проведение государственной политики в сфере социальной защиты населения в части предоставления мер социальной поддержки инвалидам, а также лицам, не имеющим группу инвалидности, но по медицинским показаниям нуждающимся в них.

В соответствии с постановлением Правительства Амурской области от 28 декабря 2011 г. № 966 "Об утверждении Порядка оказания протезно-ортопедической помощи гражданам, не имеющим группу инвалидности, но по медицинским показаниям нуждающимся в оказании протезно-ортопедической

помощи, и гражданам, имеющим группу инвалидности по основаниям, не предусматривающим оказание протезно-ортопедической помощи, но по медицинским показаниям нуждающимся в ней", осуществляется оказание протезно-ортопедической помощи гражданам, не имеющим группу инвалидности, но по медицинским показаниям нуждающимся в оказании протезно-ортопедической помощи, и гражданам, имеющим группу инвалидности по основаниям, не предусматривающим оказание протезно-ортопедической помощи, но по медицинским показаниям нуждающимся в ней. В течение 2017 года 879 граждан данных категорий были обеспечены протезно-ортопедическими изделиями.

Отчетность ГКУ АО – УСЗН по г.Благовещенску и Благовещенскому району показывает следующую динамику обращения инвалидами различных мер социальной поддержки (табл. 2).

Судя по имеющимся данным, в основном речь идет об инвалидах – 1-3 групп (88% федеральных льготников, состоящих на учете), детях инвалидах (11%), а также ветеранах труда с группой инвалидности (72 % областных льготников) и ветеранов военной службы (8%).

Перечень получателей мер социальной поддержки, предоставляемых гражданам в виде социальных выплат и льгот на первый план ставят получателей ЕСВ на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (43%), получателей ЕДВ (27%), получателей субсидий на оплату ЖКХ (17%), получателей ежемесячных пособий (12%) (рис. 3).

Таблица 2 – Информация о численности инвалидов - льготников, состоящих на учете по г. Благовещенску

Всего граждан, состоящих на учете	181115
в том числе:	
Численность федеральных льготников	23499
инвалидов Великой Отечественной войны	9
Участники Великой Отечественной войны (в т.ч. с группой инвалидности)	120
ветеранов боевых действий	1341
членов семей погибших (умерших) участников (инвалидов) Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий	665
бывших несовершеннолетних узников фашистских концлагерей, гетто	22
инвалидов I-III группы	20687
детей-инвалидов	646
жителей блокадного Ленинграда	9
Численность областных льготников	20498
труженников тыла	620
реабилитированных	381
пострадавших от репрессий	7
почетных доноров Амурской области	989
ветеранов военной службы	880
ветеранов труда	14854
ветеранов труда Амурской области	732
ветеранов по иным основаниям	0
дети войны	1189
семьи, получающие выплату ЕДВ на третьего и последующего ребенка	846

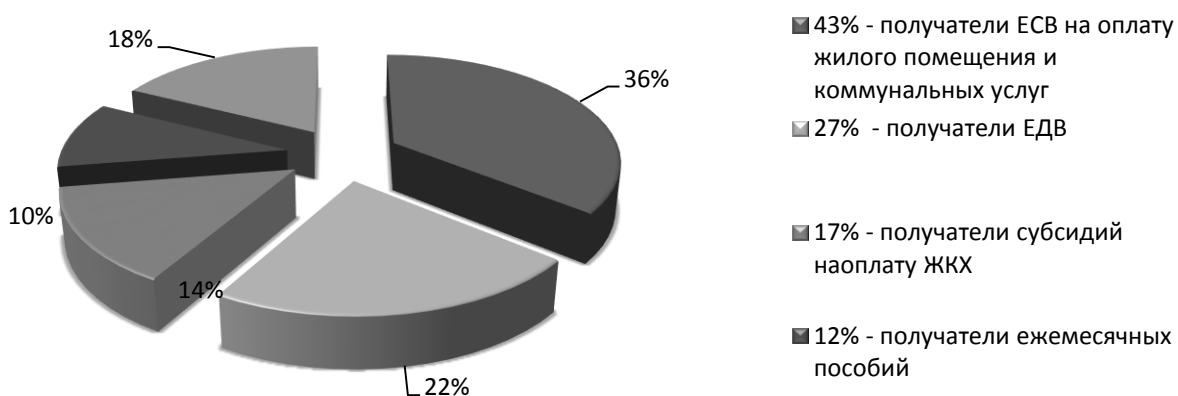


Рисунок 3 – Перечень получателей мер социальной поддержки, предоставляемых гражданам в виде социальных выплат и льгот

В рамках темы ВКР автором было проведено также исследование в виде

опроса в форме интервью сотрудников УСЗН, реализующих меры социальной поддержки инвалидов.

Объектом исследования является ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району (сотрудники и документальное обеспечение их деятельности).

Предмет – организация социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Цель - исследование организации социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Опрошенные сотрудники охарактеризовали среднестатистического инвалида, обращающегося к ним за помощью, как взрослую женщину в возрасте 35-50 лет, имеющую семью, с доходами средними или на уровне прожиточного минимума.

В качестве преобладающих социальных проблем у инвалидов, обращающихся за мерами социальной поддержки, респонденты обозначили малообеспеченность (78% опрошенных) и коммуникативную депривацию - «желание поболтать» (63%). Малообеспеченность как социальная проблема вполне закономерно сопровождает факт обращения в социальную службу, а вторая проблема скорее всего является сопутствующей инвалидам вообще, как предположили сотрудники УСЗН.

В качестве важных для своей работы сотрудники также обозначили ряд проблем инвалидов, которые можно отнести скорее к личностным качествам обслуживаемых клиентов – «несобранность и неорганизованность» (32%), «желание схитрить, найти обходные пути» (24%), повышенная конфликтность (6%).

Для решения обозначенных и иных проблем опрошенные сотрудники в основном используют социально-экономические методы работы (100%), социально-правовые (76%) (рис. 4).

Форму работы все сотрудники используют индивидуальную.

Подобное единодушие в ответах обусловлено спецификой индивидуаль-

ного подхода к приему клиентов в УСЗН.

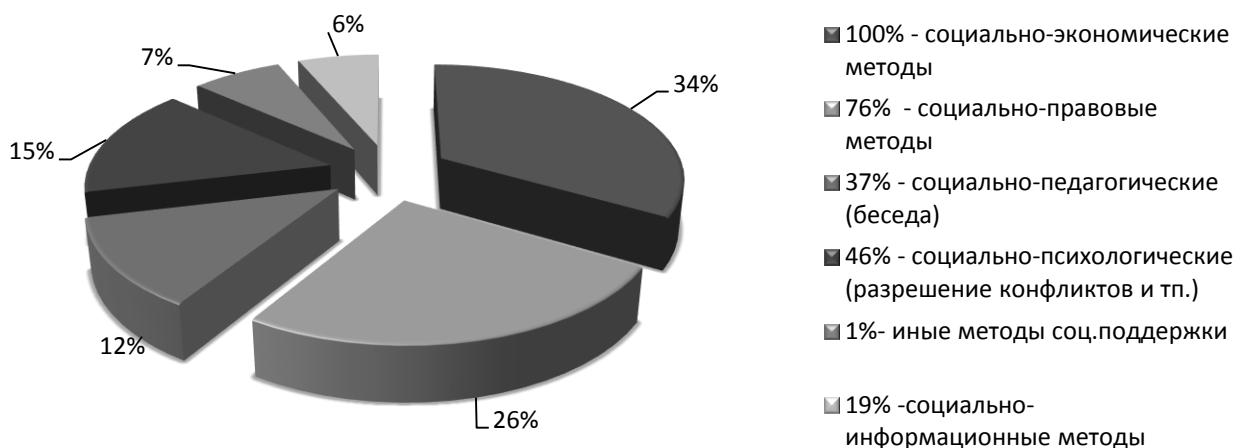


Рисунок 4 – Методы социальной поддержки инвалидов в УСЗН

В качестве используемых технологий все опрошенные сотрудники назвали компьютерные и информационные технологии (работа с базами данных, справочно-правовыми системами, пр.).

Технологии социальной работы (диагностика, консультирование, реабилитация) были названы после наводящих вопросов. Подобное обстоятельство было объяснено «привычкой относить технологии к технике, а не содержанию работы». Тем не менее, упомянутые социальные технологии были охарактеризованы как своеобразные технологические этапы работы с клиентом-инвалидом: сначала понять, что у него произошло и в чем он нуждается, потом проверить его права на меры социальной поддержки и предоставить информацию, как эти права реализовать; если есть необходимость – оказать содействие в восстановлении нарушенных прав или восстановлении нормального функционирования инвалида и его семьи.

По мнению опрошенных, наибольшей популярностью у обращающихся за социальной поддержкой инвалидов пользуется предоставление ежемесячной социальной выплаты на оплату жилого помещения и коммунальных услуг (ЕСВ) для федеральных льготников, а из услуг – компенсация стоимости проезда в общественном транспорте.

Эти данные в целом согласуются с имеющейся статистикой УСЗН.

При осуществлении социальной поддержки инвалидов сотрудники УСЗН

в основном взаимодействуют с отделением Пенсионного фонда России и Министерством СЗН Амурской области, а также МФЦ.

Обозначить проблемы межведомственного взаимодействия, а также в целом своей работы по организации социальной поддержки инвалидов, сотрудники затруднились, ответив, что «все, что надо, прописано в законе». Однако упомянули о проблемах, связанных с доступностью для инвалидов, ограниченных в передвижении или функциях органов чувств – например, в некоторых случаях испытывают проблемы нехватки специальных знаний общения с глухими гражданами. Также была упомянута проблема высокой интенсивности труда специалистов, большого объема информации, которые приходится перерабатывать и т.п.

В целом проведенное исследование показало необходимость:

- разработки методического обеспечения социальной работы с инвалидами (включая раздаточные материалы, информирующее клиентов о правовом статусе инвалидов, социальных гарантиях и льготах, адресах социальной помощи и т.п.);

- активизации процессов привлечения общественности к решению проблем инвалидов и регулированию масштабов распространения инвалидизации населения (в т.ч. через социальную рекламу, программы грантовой поддержки, сотрудничество с общественными организациями и пр.).

В качестве *рекомендаций общего характера* можно предложить следующее.

1. Для решения проблем инвалидов необходимо также продолжать междисциплинарные исследования эффективности использования различных моделей реабилитации лиц с ограниченными возможностями и профилактики инвалидности, разрабатывать систему мониторинга социальной поддержки инвалидов, формы и методы совершенствования деятельности социальных службы в системе здравоохранения, органов социальной защиты населения и управления ею на различных уровнях.

2. Расширять межведомственное и межпрофессиональное взаимодей-

стве. Т.к. основной блок вопросов, наиболее известный инвалидам, относится к реабилитации, а в УСЗН в силу целевой направленности данное направление социальной поддержки не развито, предлагается Модель взаимодействия специалиста по социальной работе с различными социальными субъектами в рамках социальной реабилитации инвалидов. Реализация модели позволит расширить функциональный репертуар УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенску и улучшить состояние социальной защищенности инвалидов.

3. Проведенное исследование также показало необходимость активизации работы по информационному обеспечению социальной поддержки с различными категориями инвалидов, осуществляемой в государственных, муниципальных, общественных организациях, предприятиях, учреждениях.

К примеру, можно предложить использовать средства наглядной агитации для привлечения внимания общественности к проблемам инвалидов, опираясь на имеющийся опыт в данной сфере. Различные примеры говорят о высокой ценности и востребованности социальной рекламы в нашей стране. Пришло время, когда она выходит на первый план рекламного пространства и становится самостоятельным видом коммуникации. Не случайно ведущие PR-фирмы России регулярно проводят семинары и конференции под общим названием «Новый образ России». Поиск и формирование нового образа России – задача сегодняшнего дня. Именно поэтому социальная реклама и социальный PR становятся важнейшими инструментами гуманизации современного общества и формировании его настоящих нравственных ценностей

Данные наработки могут быть использованы в работе социальных служб и общественных организаций инвалидов и в Амурской области. Естественно, что работа по разработке рекламной идеи, обращения, оригинал-макета, роликов и т.д. требует определенного профессионализма. Проведение кампании как единой акции, а не как серии разрозненных мероприятий повышает ее эффективность. Обеспечить профессионализм и координацию действий различных социальных субъектов может рекламное агентство. Выбор агентства удобно совместить с разработкой идеи социальной рекламной кампании и рекламных

обращений. Смысл заключается в максимальном привлечении творческих и профессиональных сил и выборе исполнителя на основании результатов.

Консультант социальной службы или НКО предварительно выясняет возможности и опыт работы агентств с интересующими средствами рекламы. Отобранные агентства приглашаются к участию в конкурсе на разработку рекламной кампании предприятия. Цели рекламы, средства, объем обращений задаются как входные параметры. Бюджет не регламентируется. Конкурс выигрывает агентство, разработавшее наиболее качественный проект кампании при минимальном бюджете.

Для оценки возможностей предлагаемых рекламных кампаний используется метод фокус-группы: отбирают пять-восемь среднестатистических человек и проводят с ними специальное обследование.

В случае, если подобный вариант недопустим или в силу каких-либо других причин не подходит для использования, можно привлечь общественные ресурсы для разработки и оформления кампании. Например, обратившись с соответствующим предложением к учащимся факультета дизайна и технологии АмГУ, Амурского Педагогического Колледжа (бывший БПК№1) или детской художественной школы.

Возможно проведение конкурса рисунков, социальных плакатов или дизайнерских проектов. В Приложении В приведено примерное *Положение о конкурсе рисунков, социальных плакатов и дизайнерских проектов* по тематике освещения проблем инвалидизированного населения и организации социальной поддержки инвалидов в городе.

4. Важную роль в социальной поддержке инвалидов играет информационное обеспечение инвалидов. Однако результаты исследования свидетельствуют о недостаточной информированности инвалидов по данному вопросу (о социальных гарантиях, мерах по их реализации, социальных службах и общественных организациях для инвалидов и т.п.). В связи с этим необходимо рекомендовать общественным и государственным учреждениям и организациям, а также органам социальной защиты населения, которые являются субъектами

государственной социальной политики, разрабатывать и использовать в своей работе *информационные буклеты* для лиц, имеющих инвалидность, распространять их среди этой целевой группы (Приложение Г).

Таким образом, были рассмотрены практические и теоретические основы социальной поддержки инвалидов и подтверждена необходимость практических рекомендаций автора. Сделанные предложения могут быть предложены для использования как в государственных социальных службах, так и в общественных организациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность проблемы определяется наличием в социальной структуре общества значительного количества лиц, имеющих признаки ограничения жизнедеятельности, в т.ч. ту или иную степень инвалидности. На современном этапе развития общества проведение комплекса мер по социальной интеграции инвалидов в общество является одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

В ходе написания работы подтвердился тезис о том, что инвалиды являются особой социально незащищенной группой населения. Особенности развития инвалидности конкретного индивида и инвалидизации населения в целом влияют на формирование основ государственной социальной политики в отношении инвалидов, реализуемой на различных уровнях.

Реализация мер социальной реабилитации инвалидов очень актуальна, потому, что в Амурской области, как и в целом по России, не прекращается рост числа инвалидов, что требует особых мер по профилактике инвалидизации и социальной работе с данной категорией населения.

Данная проблема имеет практическую значимость, которая заключается в оптимизации содержания и конкретных мер по обеспечению социальной защищенности инвалидов в Амурской области, расширении форм и методов ее обеспечения.

В итоге был сделан вывод о сложности инвалидности как социального явления, социокультурного феномена и проблемы современного общества. Инвалиды сегодня относятся к наиболее социально незащищенным категориям населения: их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании гораздо выше. В связи с этим государство берет на себя обязанность заботиться о данной категории граждан, подкрепляя свои действия соответствующей нормативно-правовой базой, в т.ч. разрабатывая практические предложения по социальной работе с инвалидами.

Анализ современных положений теории социальной реабилитации и социального обслуживания инвалидов дал возможность представить модели инвалидности. Было проведено исследование социальных проблем инвалидов и практики их решения в Благовещенском УСЗН. Разработаны практические рекомендации. Таким образом, была выполнена поставленная цель.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акатов Л.И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / Л.И. Акатов. - Москва: Просвещение, 2002. - 276 с.
2. Актуальные проблемы теории и технологии социальной работы: Материалы научной конференции «Социальная работа в системе социальных наук». – М.: Изд-во МГСУ, 2000. – 365 с.
3. Амурская область в цифрах. - Благовещенск: Амуроблкомстат, 2010. – 141 с.
4. Всемирная программа действий в отношении инвалидов: Консультативный комитет ООН от 30.12.82.
5. Глоссарий социальной работы / Авт.-сост. Е.И.Холостова. – М.: ИТК «Дашков и К», 2007. – 220 с.
6. Гришина Л.П. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970-2010 гг. и ее прогноз до 2015г. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2011. - №2. – С. 27.
7. Дементьева Н.Ф. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей / Н.Ф. Дементьева, Э.В. Устинова. - М.: Ин-т соц. работы, 1995.- 307 с.
8. Дементьева Н.Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан / Н.Ф. Дементьева. -М.: ЦИЭТИН, 2001, 135 с.
9. Егошина В.Н. Из истории призрения и социального обеспечения детей в России / В.Н. Егошина, Н.В. Елфимова.- М.: Наука, 1993. – 70 с.
10. Здравоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: ЗАП. - Благовещенск: Амуроблкомстат, 2007. – 54 с.
11. Казьмина Л.В. Интерактивная модель домашнего визитирования служб ранней помощи // Школа здоровья. - 2007.-№3-4. - С. 185-188.
12. Лаврененко И.М. Государственная социальная политика Российской

Федерации: опыт и проблемы трансформации (80-е, первая половина 90-х годов XX столетия) / И.М. Лаврененко. – М.: Уритас, 2000. – 631 с.

13. Лаврененко И.М. Личность и профессиональная деятельность социального работника (международный опыт) // Российский журнал социальной работы. – 1996. - № 2. – С. 26-31.

14. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко. - М.: Академия, 2001. – 245 с.

15. Луценко Е.Л. Социокультурная реабилитация инвалидов (на примере Еврейской Автономной области): Автореф. дисс. на соискание уч. ст. кандидата социологических наук / Е.Л. Луценко. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеанского ГУ, 2007. – 22 с.

16. Малахова С.Т. Человеческие способности / Под ред.С.Р. Перуновой. - М.: Лотос, 2001.- 290 с.

17. Медико-социально-психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями и социально-психологическая поддержка их семей: Пособие для практических психологов и социальных работников. – М.: РИЦ Консорциума «Социальное здоровье России», 2005. – 194 с.

18. Мельник Т.М. Поговорим о насущном // Российская газета.- 2010. - №2. – С.4-5.

19. Методика работы социального педагога / Под ред. Л.В. Кузнецовой; сост. Г.В. Семенов. - М.: Школьная Пресса, 2003.- 96 с.

20. Методические рекомендации специалисту по социальной работе: ФЦЭРИ от 11 мая 2003. – 118 с.

21. Наберушкина Э.К. Политика в отношении инвалидов // Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России. / Э.К. Наберушкина. - М.: ИНИОН РАН, 2002. – 111 с.

22. О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации инвалидов: Федеральный закон РФ от 23 октября 2003 г. № 132-ФЗ.

23. О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации инвалидов: Федеральный закон РФ от 23 октября 2003 г. № 132-ФЗ.

24. О мерах по обеспечению государственной поддержки детей – инвалидов в Амурской области: Постановление Главы Администрации Амурской области от 26.11.2001 № 697.

25. О порядке признания граждан инвалидами: Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 21 сентября 2000 г. № 707, от 26 октября 2000 г. № 820).

26. О порядке признания граждан инвалидами: Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1996 г. № 965 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 21 сентября 2000 г. № 707, от 26 октября 2000 г. № 820).

27. О правах инвалидов: Декларация ООН от 09.12.75.

28. О проведении в Российской Федерации Года инвалидов: Указ Президента Российской Федерации от 1 апреля 2003 г. № 383.

29. О проведении в Российской Федерации Года инвалидов: Указ Президента Российской Федерации от 1 апреля 2003 г. № 383.

30. О совершенствовании медико-социальной реабилитации детей инвалидов: Постановление Главы Администрации Амурской области от 05. 01.1994. № 21.

31. О создании областного государственного учреждения «Центр реабилитации детей с ограниченными возможностями: Постановление Главы Администрации Амурской области от 29.12.2000 № 797.

32. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, от 4 января 1999 г. № 5-ФЗ, от 17 июля 1999 г. № 172-ФЗ, от 27 мая 2000 г. № 78-ФЗ, от 9 июня 2001 г. № 74-ФЗ, от 8 августа 2001 г. № 123-ФЗ, от 29 декабря 2001 г. № 188-ФЗ, от 30 декабря 2001 г. № 196-ФЗ, от 29 мая 2002 г. № 57-ФЗ, от 10 января 2003 г. № 15-ФЗ, от 23 октября 2003 г. №

132-ФЗ).

33. О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов: Постановление Правительства Российской Федерации от 14 января 2000 г. № 36.

34. Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания: Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации» от 18 июля 2001 г. № 56 (с изм. от 15 июля 2003 г.).

35. Об утверждении временных критериев определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, формы программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания: Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации» от 18 июля 2001 г. № 56 (с изм. от 15 июля 2003 г.).

36. Организация инновационных форм и социальных технологий в деятельности Центра социальной помощи семье и детям» в рамках федеральной целевой программы «Развитие социального обслуживания семьи и детей»: Программа УСЗН г. Благовещенска. Центр социальной помощи семье и детям.

37. Осадчая Г.И. Социальная политика, социальное управление и управление социальной сферой / Г.И. Осадчая. – М.: Метродом, 2006. – 254 с.

38. Панов А.М. Социальная работа как наука, вид профессиональной деятельности и специальность в системе высшего профессионального образования. // Российский журнал социальной работы. – 1995. - № 1. – С. 14- 21.

39. Плотинский Ю.М. Модель социальных процессов. – М.: Логос, 2003.

40. Преодолевая барьеры инвалидности // Российская газета. – 4 октября 2005. – С. 13-21.

41. Профессиональное мастерство работников социальных служб. Материалы научной конференции работников социальных служб. – М., 1999. - 187 с.
42. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов / Под ред. С.М. Безух, С.С. Лебедевой. – СПб.: Речь, 2006. – 112 с.
43. Российская энциклопедия социальной работы. В 2-х томах / Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. – М., 1997. - 597 с.
44. Савинский Е.В. Проведем время весело // Социальная защита. – М., 2005.- № 4. - С 86-88.
45. Савченко С.Н. Актуальные вопросы интеграции инвалидов / С.Н. Савченко, С.А. Гильд, И.Н. Рыбакова. - М.: Барс, 2006. - 158 с.
46. Сафронова В.М. Прогнозирование и моделирование в социальной работе. - М.: Издательский центр «Академия», 2004.
47. Сборник Преодоления: Жить инвалидом, но не быть им. / Ред. – сост. Л.Л. Коноплина. – Екатеринбург: Общественная организация инвалидов «СПУТНИК», 2007. – 118 с.
48. Свистунова Е.Г. Развитие сети реабилитационных учреждений в Российской Федерации. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. - №4. – С. 3.
49. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. - М.: Юрист, 2007. - 424 с.
50. Социальная защита населения: опыт организационно-административной работы / Под ред. В.С. Кукушина.- М.: ИКЦ МарТ, 2003.- 336 с.
51. Социальная работа / Под ред. В.И. Курбатова. - Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 574 с.
52. Социальная работа: Российский Энциклопедический словарь / Под общ. ред. В.И. Жукова. – М.: Союз, 1997. - 359с.
53. Социальная работа: словарь –справочник. / Под ред. В. И. Филоненко. - М.: Контур, 2004.- 480с.

54. Социальная энциклопедия / Под ред. А.П. Горкин, Г.Н. Карелова, Е.Д. Катульский и др. - М.: Большая Российская энциклопедия, 2005. – 438 с.
55. Стяжкина Т.А. Льготы-2006: Сборник нормативных документов. / Т.А. Стяжкина. – М.: Изд-во «Экзамен», 2007. – 544 с.
56. Теория и методика социальной работы / Под. ред. И.Г. Зайнышева. М.: Союз, 2004. – 240 с.
57. Тетерский С.В. Введение в социальную работу / С.В Тетерский.. – М.: Академический проект, 2003. – 496 с.
58. Технологии социальной работы / Авт.-сост. Е.И. Холостова, Т.В. Шеляг, И.Г. Зайнышев и др.- М.: ИНФРА-М, 2002,- 400 с.
59. Ткаченко В.С. Основы социальной медицины. / В.С. Ткаченко. – М.: ИНФРА-М, 2004. – 368 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ «СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ИНВАЛИДОВ В ГКУ АО – УСЗН ПО Г. БЛАГОВЕЩЕНСКУ И БЛАГОВЕЩЕНСКОМУ РАЙОНУ»

Анализ статистических данных показывает, что число инвалидов Амурской области и в областном центре ежегодно возрастает. Согласно информации, представленной в «Сборнике основных показателей социально-экономического положения и уровня социальной защищенности населения Амурской области» всего в Амурской области по состоянию на 01.01.2018 года состоит на учете в органах социальной защиты населения 97,6 тысяч инвалидов. Для сравнения: по состоянию на 01.01.2017 – 87,6 тысяч; на 01.01.2016 – 78,3 тысяч, на 01.01.2015 – 63,2 тысяч, на 01.01.2014 – 60,1 тысяч инвалидов. Наблюдается устойчивая тенденция к росту этой категории граждан.

В современной России, когда политическая, экономическая, социальная жизнь страны претерпела и продолжает претерпевать значительную трансформацию, решение проблем инвалидности и инвалидов становится одним из приоритетных направлений социальной политики государства. Низкий уровень жизни у большинства людей с ограниченными возможностями сопровождается серьезными личностными проблемами, обусловленными дезадаптивностью этих людей в быстро меняющейся социокультурной среде.

Управление социальной защиты населения является единственным социальным учреждением, осуществляющим комплексную социальную поддержку инвалидам в городе. В связи с этим встает вопрос о необходимости изучения деятельности УСЗН г. Благовещенска и Благовещенского района по социальной поддержке инвалидов.

Объектом исследования является ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району (сотрудники и документальное обеспечение их деятельности).

Предмет – организация социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Цель - исследование организации социальной поддержки инвалидов в ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Задачи исследования:

- 1) изучить документы и нормативно-правовые акты, аналитические отчеты, программные документы;
- 2) провести экспертный опрос сотрудников, осуществляющих социальную поддержку инвалидов;
- 3) проанализировать полученные данные и изложить их в рамках в виде рекомендаций.

Гипотезы:

мероприятия, направленные на социальную поддержку инвалидов нуждаются в усовершенствовании

Интерпретация основных понятий.

ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району - исполнительный орган государственной власти, реализующий государственную политику и осуществляющий отраслевое управление в сфере социальной защиты населения.

Инвалид - это лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность – это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья, приводящая к ограничению жизнедеятельности из-за стойкого расстройства функций организма.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида – разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Качество жизни - это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и другие).

Ограничения жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности самостоятельно осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Социальная защита инвалидов - система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Инвалидность - нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. При этом под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью,

В соответствии с Законом РФ "О социальной защите инвалидов в

Российской Федерации" в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Социальная защита - политика государства, направленная на обеспечение социальных, экономических, политических и других прав и гарантий человека независимо от его пола, национальности, возраста, места жительства и других обстоятельств.

Социальная защита инвалидов - это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Государственная социальная помощь - предоставление малоимущим семьям или малоимущим одиноко проживающим гражданам за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации социальных пособий, субсидий, компенсаций, жизненно необходимых товаров.

Адресная социальная помощь - предоставление малоимущим семьям с детьми-инвалидами, которые находятся в трудной жизненной ситуации, социальных пособий, социальных услуг, субсидий, единовременных денежных выплат и жизненно необходимых товаров.

Субсидия - имеющая целевое назначение полная или частичная оплата предоставляемых семьям с детьми-инвалидами социальных услуг;

Малоимущие семьи с детьми-инвалидами - семьи, у которых по не зависящим от них причинам среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного на момент обращения, либо которые оказались в трудной жизненной ситуации;

Прожиточный минимум - стоимостная оценка потребительской корзины, а также обязательных платежей и сборов;

Трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жиз-

недеятельность ребенка-инвалида и его семьи, которую они не могут преодолеть самостоятельно.

Операционализация

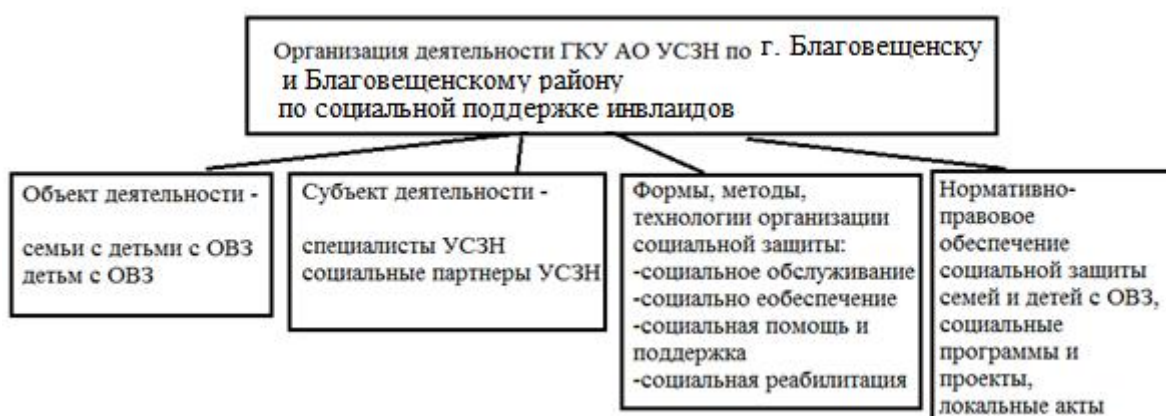


Рисунок А1 – Структурная операционализация

Факторная операционализация

Факторы, влияющие на деятельность ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району в осуществлении социальной поддержки инвалидов.

Внешние (объективные)	Внутренние (субъективные)
1. Политическая и экономическая ситуация в стране и области. 2. Государственное финансирование проектов и программ. 3. Межведомственное взаимодействие с учреждениями культуры.	1. Состав и квалификация сотрудников. 2. Стаж работы специалистов. 3. Организация и порядок работы. 4. Эффективность разрабатываемых программ.

Методы исследования.

В процессе проведения исследования использовались следующие методы: 1) анализ документов и нормативно-правовых актов (уставная и отчетная документация, правовые и нормативные документы); 2) опрос сотрудников (выборка сотрудников, занимающихся социальной поддержкой инвалидов в УСЗН – сплошная).

Сроки проведения исследования: с 06 октября 2017 года по 28 декабря 2017 года

Этапы исследования:

№	Этапы исследования
1.	Изучение документов отдела по работе с инвалидами для сбора информации к исследованию
2.	анализ и обработка полученных данных
3.	Подведение итогов проделанной работы, оформление выводов

Базой проведения исследования являлся ГКУ АО УСЗН по г. Благовещенску и Благовещенскому району.

Приложение Б

Бланк интервью

Уважаемый респондент, ответьте пожалуйста на вопросы предложенной анкеты

Опрос проводится полностью анонимно

Ваши ответы будут полезны для определения путей оптимизации мер социальной поддержки в г. Благовещенске

1. Охарактеризуйте категорию инвалидов, с которыми Вы осуществляете свою работу
2. Какие социальные проблемы обслуживаемых инвалидов Вы считаете наиболее важными, приоритетными для решения в своей работе?
3. Какие формы, методы, технологии социальной поддержки инвалидов Вами используются для решения этих проблем?
4. Какие виды социальных выплат пользуются, по-Вашему мнению, наибольшей популярностью у инвалидов?
5. Какими социальными услугами инвалиды предпочитают пользоваться? Почему, по-Вашему мнению?
6. С какими структурами (государственными и негосударственными) Вы взаимодействуете, осуществляя социальную поддержку инвалидов?
7. Имеются ли какие-либо затруднения в установлении контактов с социальными партнерами при осуществлении социальную поддержку инвалидов?
8. Как бы Вы обозначили проблемы, затруднения, с которыми сталкиваетесь, осуществляя социальную поддержку инвалидов?
9. Предположите варианты решения организационных проблем, с которыми Вы сталкиваетесь, осуществляя социальную поддержку инвалидов.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О КОНКУРСЕ РИСУНКОВ, СОЦИАЛЬНЫХ ПЛАКАТОВ И ДИЗАЙНЕРСКИХ ПРОЕКТОВ

Администрация Амурской области, Администрация г. Благовещенска, Амурский государственный университет, Амурская областная общественная организация Всероссийского общества инвалидов, Амурский областной фонд инвалидов и ветеранов боевых действий «Фонд «Защита» и ДАУП «Амурнет» объявляют о начале конкурса рисунков, социальных плакатов и дизайнерских проектов по предотвращению инвалидизации общества и решению проблем инвалидов «Искусство в поддержку инвалидов». Конкурс проводится в рамках Программы поддержки общественных инициатив.

Целью конкурса является привлечение внимания общественности к социальным проблемам лиц, имеющих инвалидность, к проблеме дискриминации в отношении инвалидов, предоставления поддержки организациям, творческим объединениям и отдельным лицам, имеющим инновационные идеи в данной области.

Концепция конкурса

Конкурсная программа «Искусство в поддержку инвалидов» выделяет следующие основные этапы (проектные шаги) в деятельности по представлению рисунков, социальных плакатов и дизайнерских проектов по предотвращению инвалидизации общества и решению проблем инвалидов:

1) самоопределение авторов рисунков, социальных плакатов и дизайнерских проектов по проблемам, актуальным для современного общества, в котором живут люди с ограниченными возможностями здоровья в контексте конкретной жизненной ситуации или на уровне микрорайона/района/города/области;

2) анализ ситуации: авторы соотносят свои намерения и свои возможности с тем, что происходит в сфере предотвращения дискриминации инвалидов,

улучшения состояния здоровья населения, формирования гражданского общества и решения проблем инвалидов, т.е. проводят анализ собственной художественно-изобразительной деятельности в контексте внешних условий осуществления этой деятельности;

3) постановка проблемы: фиксация разрыва между тем, что хотелось бы иметь в социальной сфере (желаемое), и тем, что есть в действительности;

4) определение конкретных средств и методов художественно-изобразительного изображения путей решения обозначенной проблемы: проектный замысел перехода от желаемого к действительному;

5) реализация художественного замысла автора (авторов) и представление готовых работ на конкурс.

Конкурс рисунков, социальных плакатов и дизайнерских проектов служит инструментом, с помощью которого организации, учреждения, предприятия, инициативные творческие группы и отдельные лица, имеющие инновационные идеи и желающие реализовать их для решения конкретных проблем современного общества, могут осуществить указанные выше проектные шаги, необходимые для дальнейшей разработки полномасштабных социальных проектов и программ информационного обеспечения и сопровождения реализации государственной социальной политики в отношении инвалидов на региональном уровне.

Целевые группы конкурса

Заявки, представленные в рамках данного конкурса, должны содержать творческие элементы, нести конкретную смысловую нагрузку, способствовать развитию деятельности по оказанию необходимой помощи и поддержке детям и взрослым людям, имеющим ограничение жизнедеятельности в виде инвалидности.

Работы и проекты, поддерживаемые в рамках конкурса

В соответствии с описанной выше схемой, заявки, представленные на конкурс, могут включать в себя реализацию одного или нескольких из следующих проектных шагов:

- анализ положения инвалидов в РФ и Амурской области;
- осуществление анализа ситуации и постановку проблем (ы) в сфере реализации государственной социальной политики в отношении инвалидов на региональном уровне на примере Амурской области;
- повышение уровня самосознания и самоорганизации лиц, имеющих инвалидность;
- установление партнерских отношений и проработка механизма партнерства с другими организациями, в том числе с местными органами власти, в сфере решения конкретных социальных проблем инвалидов;
- содействие самоорганизации и реализации потенциала лиц с инвалидностью;
- предложение конкретных путей решения проблем (ы);
- привлечение внимания к проблемам конкретных категорий инвалидов;
- акцентирование внимания на проблеме детской инвалидности и устройства судьбы детей-инвалидов, ставших сиротами или оставшихся без попечения родителей;
- разработку полномасштабного дизайнерского проекта (этот шаг включает в себя реализацию всех предыдущих шагов).

В заявке на конкурс указывается и раскрывается тот проектный шаг, который уже сделан авторами, и обосновываются возможности его использования на территории области для реализации поставленной цели. А также необходимость следующего проектного шага.

Критерии участия в конкурсе

Участниками конкурса могут являться некоммерческие, негосударственные и неполитические организации, муниципальные учреждения и государственные учреждения областного подчинения, которые представят заявки, отвечающие требованиям данного конкурса, отдельные инициативные группы и частные лица.

В конкурсе не могут участвовать органы исполнительной и законода-

тельной государственной власти и управления, а также органы местного самоуправления и их подразделения, осуществляющие исключительно властные и управленческие функции.

В рамках проводимого конкурса будут отобраны работы, рисунки, плакаты и дизайнерские проекты, имеющие целевую ориентацию и представляющие инновационные идеи в сфере основной цели конкурса, которые могут быть использованы на территории Амурской области для реализации государственной социальной политики в отношении инвалидов.

География конкурса

Для участия в конкурсе приглашаются некоммерческие организации, муниципальные учреждения и государственные учреждения областного подчинения, находящиеся на территории региона.

Процедура приема заявок

Заявки на данный конкурс принимаются течение 2018 г. Крайним сроком подачи заявок является 1 ноября 2018 г. Заявки принимаются до 18:00 по местному времени.

Заявки, оформленные в соответствии с предъявляемыми, и включающие все необходимые приложения, должны быть присланы по почте или доставлены лично организаторам конкурса.

Представленные на конкурс заявки не возвращаются.

За консультацией по подготовке заявки к участию в конкурсе можно обращаться к следующим сотрудникам по телефону

(_____) _____ - _____ или по электронной почте: _____

_____ (Ф.И.О.) - _____

_____ (должность), _____ (эл. адрес)

_____ (Ф.И.О.) - _____

_____ (должность), _____ (эл. адрес)

Приложение Д

Информационный буклет для инвалида

«ВЫ СТАЛИ ИНВАЛИДОМ»

Первое, с чем сталкивается человек, с которым случилась беда, - это заключение врачей: «Вы инвалид». Но что случилось – то случилось. И если нельзя изменить самого факта, может попробовать изменить взгляд на него?

По крайней мере, нужно знать, какими правами Вы обладаете. Это необходимо, потому что идеального мира не существует и инвалиду порой приходится бороться за свое право на помощь и доказывать окружающим, что он такой же полноценный член общества, как и все остальные.

1. ПОНЯТИЕ «ИНВАЛИД»

Инвалидом считается человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В зависимости от степени расстройства функции организма и ограничения жизнедеятельности людям, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а если человеку еще не исполнилось 16 лет, устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы (МСЭ). Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации (Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.95 г.).

2. ПРИЧИНЫ ИНВЛАИДНОСТИ

Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2003 г. № 17 «Об утверждении разъяснения «Об определении учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы причин инвалидности»» (зарегистрировано в Министерстве юстиции РФ

19.05.2003, № 4554) уточняет определения причин инвалидности в зависимости от обстоятельств наступления инвалидности и подтверждающих документов, приводя эти определения в соответствие с законодательством Российской Федерации, регламентирующим пенсионное обеспечение инвалидов, выплату им компенсаций и предоставление различных льгот.

Данный документ устанавливает следующие формулировки причин инвалидности:

- «общее заболевание;
- инвалид с детства;
- профессиональное заболевание;
- трудовое увечье;
- военная травма;
- заболевание, полученное в период военной службы;
- заболевание, полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС;
- заболевание, радиационно обусловленное, получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с аварией на Чернобыльской АЭС;
- заболевание, связанное с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС;
- заболевание, связанное с аварией на ПО «Маяк»;
- заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на ПО «Маяк»;
- заболевание, связанное с последствиями радиационных воздействий;
- заболевание (травма, увечье, контузия, ранение), полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска».

3. ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ, ПРИВЕДШЕЕ К

ИНВАЛИДНОСТИ

Если Вашему здоровью причинен вред на предприятии или конкретным лицом, главное в этой ситуации – не заключать с этими людьми мировых соглашений. В любом случае надо обращаться в суд. Даже если предприятие готово выплачивать все и без суда, то ему не будет хуже, если Ваши отношения будут урегулированы соответствующим судебным решением, а Вы будете застрахованы от различных неблагоприятных ситуаций (например, смена руководства, изменение политики организации и др.).

За причинение вреда здоровью граждан, приведшего к инвалидности, лица, виновные в этом, несут материальную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный Закон "О социальной защите инвалидов в РФ" от 24.11.95 г., ст.13).

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА (МСЭ)

Медико-социальная экспертиза – это определение в установленном порядке твоих потребностей в социальной защите и реабилитации на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Основная задача МСЭ – это не только признание человека инвалидом, но и разработка Индивидуальной Программы Реабилитации (ИПР). В этой программе указывается, что нужно сделать, чтобы компенсировать и восстановить утраченные способности инвалида.

После прохождения МСЭ выдаются два документа:

- справка-выписка из акта освидетельствования;
- Индивидуальная Программа Реабилитации (ИПР).

Справка выдается сразу же после принятия решения о признании человека инвалидом. Это решение может быть принято в течение дня. Программа реабилитации может быть тоже разработана сразу. Однако в сложных случаях она будет разработана в течение месяца после проведения всех исследований.

Если Вы считаете, что группа или степень инвалидности назначена не-

правильно, то следующий шаг, после районной МСЭ, - обратиться в городскую МСЭ. Если и это решение Вас не устроит, то можно оспорить его в суде. Но перед этим лучше обратиться в какую-либо независимую от МСЭ медицинскую комиссию с тем, чтобы они установили, действительно ли Вы соответствуете той группе или степени инвалидности, на которую претендуете.

В случае несогласия с содержанием ИПР инвалид (или его законный представитель) может подать письменное заявление в вышестоящее учреждение государственной службы МСЭ.

Главное бюро МСЭ субъекта РФ не позднее месячного срока со дня получения заявления обязано вынести окончательное решение. В случае возникновения конфликтной ситуации между инвалидом (или его законным представителем) и исполнителями ИПР спор разрешается в судебном порядке по заявлению истца (Приложение к постановлению Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1996 г.).

5. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Социальная реабилитация инвалидов - «система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к осуществлению бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество» (ст. 9, часть 1; ФЗ РФ от 23 октября 2003 г. №132-ФЗ).

С 2003 г. расширены формы реабилитации: к медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов добавилась реабилитация посредством физкультурно-оздоровительных мероприятий и спорта.

Федеральным законом № 132-ФЗ в закон о социальной защите инвалидов введена новая статья о технических и иных средствах реабилитации (ст. 11.1), устанавливающая определение и перечень этих средств. Данная статья определяет условия назначения указанных средств инвалидам по медицинским и со-

циальным показаниям, а также источники финансирования расходов на обеспечение ими инвалидов.

Социальная интеграция, нацеленная на создание «общества на всех», неразрывно связана с задачей формирования доступной для инвалидов среды. Внимание к этому фактору отражает перенос акцента с медицинских аспектов инвалидности, ухода за инвалидами, их защиты и оказания им помощи в адаптации к «нормальным» социальным структурам на применение социально-экономических моделей, предусматривающих расширение прав и возможностей инвалидов, их участие в жизни общества и изменение среды для содействия обеспечению равных возможностей для всех.

«Реализация основных направлений реабилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических и иных средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам инженерной, транспортной, социальной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации инвалидов» (ст. 9, часть 3).

6. ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Принятие нового законодательства в области пенсионного обеспечения позволило привести в соответствие определение инвалидности, которое установлено законом о социальной защите инвалидов, и то, которое используется для целей пенсионного обеспечения.

Начиная с 1 января 2002 г., пенсия по инвалидности может быть назначена либо по закону от 17 декабря 2001 г. № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», либо по закону от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».

Основанием для ее назначения выступает наступление инвалидности при наличии ограничения способности к трудовой деятельности III, II или I степени, определяемой по медицинским показаниям. При этом ограничение способности к трудовой деятельности III степени соответствует I группе инвалидно-

сти, II степени – II группе, и I степени – III группе. Так же, как и прежде, инвалиды могут выбирать получение другого вида пенсии – например, пенсии по старости или потере кормильца.

Важно, что трудовая пенсия по инвалидности устанавливается независимо от причины инвалидности (за исключением случаев полного отсутствия у инвалида страхового стажа или наступления инвалидности вследствие совершения им умышленного уголовно наказуемого деяния или умышленного нанесения ущерба своему здоровью), продолжительности страхового стажа застрахованного лица, продолжения инвалидом трудовой деятельности, а также от того, наступила ли инвалидность в период работы, до поступления на работу или после прекращения работы (ст. 8, пп. 3, 4 закона 173-ФЗ).

Если инвалид не может претендовать на получение трудовой пенсии, ему полагается пенсия по государственному пенсионному обеспечению. Закон 166-ФЗ регулирует условия назначения и выплаты пенсии по инвалидности военнослужащим, гражданам, ставшим инвалидами вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также социальной пенсии детям-инвалидам, инвалидам с детства и другим категориям инвалидов, не имеющих прав на трудовую пенсию (ст. 8-11 закона 166-ФЗ).

Трудовая пенсия по инвалидности, как и трудовая пенсия по старости, может состоять из трех частей – базовой, страховой и накопительной. При этом накопительная часть трудовой пенсии по инвалидности устанавливается не ранее достижения 60 или 55 лет мужчинам и женщинам соответственно, а инвалидам с детства, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III и II степени, – независимо от возраста. Лицам, больным гипофизарным нанизмом (лилипутам), и диспропорциональным карликам накопительная часть пенсии выплачивается мужчинам – по достижении возраста 45 лет и женщинам – возраста 40 лет; инвалидам по зрению, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени: мужчинам по достижении 50 лет и женщинам – 40 лет; инвалидам вследствие военной травмы: мужчинам по достижении 55 лет и женщинам – 50 лет соответственно (ст. 7, 8, 28 закона 173-ФЗ).

Базовая и страховая части пенсии по инвалидности выплачиваются с момента назначения такой пенсии. В связи с этим размер страховой части пенсии по инвалидности корректируется на специальный коэффициент, фиксирующий «отношение нормативной продолжительности страхового стажа (в месяцах) по состоянию на указанную дату к 180 месяцам. Нормативная продолжительность страхового стажа до достижения инвалидом возраста 19 лет составляет 12 месяцев и увеличивается на 4 месяца за каждый полный год возраста, начиная с 19 лет, но не более чем до 180 месяцев» (ст. 15, п. 3 закона 173-ФЗ). Таким образом, можно видеть, что нормативные размеры страхового стажа, необходимо для получения пенсии в полном объеме, увеличены. Если раньше для получения полной пенсии по инвалидности вследствие общего заболевания 40-летнему инвалиду было необходимо отработать 84 месяца, то теперь нормативная продолжительность страхового стажа при расчете страховой части пенсии в этом возрасте составляет уже 100 месяцев.

7. ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В целях представительства и защиты своих прав и законных интересов инвалиды и лица, представляющие их интересы, имеют право создавать общественные объединения, движения и фонды в порядке, установленном законодательством РФ (Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в РФ" от 24.11.95 г.).

Общественные объединения создаются по инициативе их учредителей - не менее трех физических лиц.

Решение о создании общественного объединения, об утверждении его устава и о формировании руководящих органов принимается на съезде (конференции) или общем собрании. С момента принятия указанных решений общественное объединение считается созданным: осуществляет свою уставную деятельность, приобретает права, за исключением прав юридического лица. Правоспособность общественного объединения как юридического лица возникает с момента государственной регистрации данного объединения (Федеральный закон "Об общественных объединениях" от 14.04.95 г.).

Государственная регистрация регионального и местного общественных объединений производится органами юстиции соответствующих субъектов РФ.

Для государственной регистрации общественного объединения подаются следующие документы:

- заявление в регистрирующий орган, подписанное членами постоянно действующего руководящего органа данного общественного объединения
- протоколы учредительных съездов (конференций) или общих собраний структурных подразделений для международного, общероссийского и межрегионального общественных объединений;
- при использовании общественным объединением личного имени гражданина или символики, защищенной законодательством РФ об охране интеллектуальной собственности или авторских прав, - документы, подтверждающие правомочия на их использование.

Документы подаются на государственную регистрацию в течение трех месяцев со дня проведения учредительного съезда (конференции) или общего собрания (Федеральный закон "Об общественных объединениях" от 14.04.95 г., статья 21 "Государственная регистрация общественного объединения").

Орган, регистрирующий общественные объединения, в месячный срок обязан рассмотреть заявление общественного объединения о его регистрации и принять решение: зарегистрировать общественное объединение и выдать.

Таким образом, у Вас есть все шансы создать собственную организацию и помочь тем, кто находится в таком же положении, как и Вы. Помогайте другим – и поможете себе. Очень многие системы в мире построены именно на таких взаимоотношениях. Эти отношения взаимопомощи называются просто - братскими.

Если с Вами случилась беда, постарайся не замыкаться в себе. Поверьте, вокруг много людей, которые могут Вам помочь. Постарайтесь найти единомышленников, друзей по несчастью, людей, готовых оказать необходимую помощь и поддержку. Обращайтесь в региональные и территориальные общества инвалидов, ищите друзей через средства массовой информации и в Интернете.

8. ПОЛЕЗНЫЕ КОНТАКТЫ