

**ŚCIEŻKA REINTEGRACJI UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU pt. Chcę lepiej!**

Nr sprawy: ..... Data rozpoczęcia udziału (1 forma wsparcia).....

Imię i nazwisko ..... Adres zamieszkania .....

**DIAGNOZA SYTUACJI PROBLEMOWEJ**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zasoby i potencjał .....

.....  
Utrudnienia .....

.....  
Predyspozycje .....

Potrzeby Uczestnika/czki i otoczenia (oczekiwania).....

.....  
Cel główny do osiągnięcia w trakcie uczestnictwa w projekcie .....

Planowany termin realizacji  
ścieżki reintegracji

Data zakończenia realizacji  
ścieżki reintegracji

Zmiana: (celu/terminu-uzasadnienie)

	I. Proces aktywizacji społeczno-zawodowej	Sposoby realizacji wyznaczonego celu: (Zestaw kompleksowych i zindywidualizowanych form wsparcia)	Termin realizacji	Uwagi (Zapewnienie opieki nad osobą zależną. Zwrot kosztów dojazdu. Inne)
A.  S P O Ł E C Z N Y	<p>Nabywanie, przywrócenie lub wzmocnienie kompetencji społecznych, zaradności, samodzielności i aktywności społecznej, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wzmocnienie motywacji do prac;</li> <li>- zwiększenie pewności siebie i własnych umiejętności;</li> <li>- poprawa umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów;</li> <li>- wzrost kompetencji i umiejętności społecznych;</li> <li>- postęp w procesie aktywizacji społecznej w kierunku zmniejszenia dystansu do zatrudnienia;</li> <li>- zaangażowanie w inną formę aktywizacji niż otrzymana wcześniej;</li> <li>- postęp w dalszej aktywizacji w stosunku do sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.</li> </ul>			
B.  E D U K A C Y J N Y	<p>Wzrost poziomu wykształcenia, dostosowanie wykształcenia lub kwalifikacji zawodowych do potrzeb rynku pracy, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rozpoczęcie nauki;</li> <li>- ukończenie kolejnego etapu szkoły/studiów;</li> <li>- nabycie kwalifikacji zawodowych potwierdzonych certyfikatem uzyskanym na podstawie egzaminu zewnętrznego;</li> <li>- nabycie kompetencji, weryfikowane np. egzaminem wewnętrznym;</li> <li>- wzrost konkurencyjności na rynku pracy;</li> <li>- zwiększenie pewności siebie i własnych umiejętności;</li> <li>- nabycie doświadczenia zawodowego.</li> </ul>			
C.  Z D R O W O T N Y	<p>Wyeliminowanie lub złagodzenie barier zdrowotnych utrudniających funkcjonowanie w społeczeństwie lub powodujących oddalenie od rynku pracy, np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zwiększenie pewności siebie i własnych umiejętności;</li> <li>- poprawa umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów;</li> <li>- złagodzenie problemów zdrowotnych, które wpływają na podjęcie aktywności społecznej lub zawodowej;</li> <li>- poprawa stanu zdrowia;</li> <li>- ograniczenie nałogów;</li> <li>- doświadczanie widocznej poprawy w funkcjonowaniu (ON)</li> </ul>			

	<b>II. Proces aktywizacji zawodowej i zmniejszania dystansu do zatrudnienia</b>	<b>Sposoby realizacji wyznaczonego celu: (Zestaw kompleksowych i zindywidualizowanych form wsparcia)</b>	<b>Termin realizacji</b>	<b>Uwagi (Zapewnienie opieki nad osobą zależną. Zwrot kosztów dojazdu. Inne)</b>
<b>D.</b> <b>Z A W O D O W Y</b>	<p>Pomoc w podjęciu decyzji dotyczącej wyboru lub zmiany zawodu, wyposażenie w kompetencje i kwalifikacje zawodowe oraz umiejętności pożądane na rynku pracy, pomoc w utrzymaniu zatrudnienia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- podniesienie kwalifikacji zawodowych;</li> <li>- nabycie nowych kwalifikacji zawodowych;</li> <li>- poszukiwanie pracy;</li> <li>- podjęcie wolontariatu;</li> <li>- zarejestrowanie w PUP;</li> <li>- staż, kurs kierunkowy i praktyka zawodowa;</li> <li>- nabycie doświadczenia zawodowego;</li> <li>- zaangażowanie w inną formę aktywizacji niż otrzymana wcześniej;</li> <li>- postęp w dalszej aktywizacji w stosunku do sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie.</li> <li>- podjęcie pracy (stosunek pracy, umowa cywilnoprawna, samozatrudnienie)</li> </ul>			
	<b>III. Wsparcie skierowane do otoczenia (jakie?)</b>	<b>Uzasadnienie: (potrzeby skierowania wsparcia do otoczenia, które jest niezbędne do skutecznego wsparcia uczestnika projektu)</b>	<b>Termin realizacji</b>	<b>Uwagi</b>
<b>E.</b> <b>O T O C Z E N I E</b>				

Data i podpis Uczestnika/czki Projektu/Opiekuna ..... Data i podpis pracownika socjalnego/pedagoga.....

Nr	Data spotkania	Rodzaj udzielonego wsparcia	Podpis UP	Nr	Data spotkania	Rodzaj udzielonego wsparcia	Podpis UP
1.				3.			
2.				4.			