



INDYWIDUALNY PLAN PRACY W ZAKRESIE POMOCY I OPIEKI

Nr sprawy:

Data rozpoczęcia udziału:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

1. DIAGNOZA SYTUACJI PROBLEMOWEJ:

OPIS:.....
.....
.....
.....

2. CEL:

OPIS:.....
.....
.....
.....

3. PLAN PRACY- FORMY WSPARCIA:

LP	ZADANIE DO REALIZACJI	SPOSOBY REALIZACJI ZADANIA	TERMIN REALIZACJI	UWAGI
I	USŁUGI ASYSTENCKIE I USŁUGI DZIENNEJ OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ			
1.	Usługi świadczone przez Asystenta Osoby Niepełnosprawnej oraz Usługi świadczone przez Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej			
2.	Specjalistyczna opieka pielęgniarstwa			
3.	Rehabilitacja medyczna stacjonarna lub domowa			
4.	Usługi specjalistów wynikające z indywidualnych potrzeb			
5.	Wsparcie duchowe			
6.	Usługi opiekuńcze w oparciu o nowoczesne technologie			
7.	Inne – według indywidualnych potrzeb uczestników			
II	USŁUGI ZWIĘKSZAJĄCE MOBILNOŚĆ, AUTONOMIĘ I BEZPIECZEŃSTWO OSÓB NIESAMODZIELNYCH/Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ			
1.	Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych			
2.	Usługa dowożenia posiłków			
3.	Zakup łóżek rehabilitacyjnych			
4.	Inne – według indywidualnych potrzeb uczestników			

III	WSPARCIE OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH W OPIECE NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI			
1.	Poradnictwo specjalistyczne dla opiekunów faktycznych wg indywidualnych potrzeb (psycholog, terapeuta, coach i inni)			
2.	Specjalistyczne kursy edukacyjne dla opiekunów faktycznych zwiększające ich umiejętności w zakresie opieki nad osobą zależną			
3.	Opieka wytchnieniową indywidualnie i elastycznie dostosowaną do potrzeb rodziny			
4.	Inne – według indywidualnych potrzeb uczestników			

Data i podpis Uczestnika/czki Projektu i Opiekuna faktycznego Organizatora usług Społecznych/Specialistycznych.....

4. INNE FORMY POMOCY:

LP	FORMA POMOCY	SPOSOBY REALIZACJI POMOCY	TERMIN REALIZACJI	UWAGI
1.				
2.				
3.				
4.				

5. WERYFIKACJA PLANU :

Nr	Data spotkania	Rodzaj dodatkowego wsparcia/ZMIANA	Podpis UP/OF	Nr	Data spotkania	Rodzaj dodatkowego wsparcia/ZMIAN	Podpis UP/OF
1.				3.			
2.				4.			

6. REALIZACJA PLANU i OSIĄGNIĘCIE CELU :

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....Podpis osoby sporządzającej</p>
