

## INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (DDP)

Imię i nazwisko uczestnika Projektu .....

Adres zamieszkania .....

L.p.	Cele pracy	Zadania wspierająco-aktywizujące*	Rodzaj nabywanych umiejętności	Oczekiwane rezultaty
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

\* *podtrzymanie umiejętności samoobsługowych, sprawności i aktywności osoby będącej odbiorcą usług oraz zapobieganie negatywnym skutkom ograniczeń funkcjonalnych*

.....

(data i podpis pracownika socjalnego)

.....

(data i podpis osoby wykonującej usługi opiekuńcze)

.....

(data i podpis osoby będącej odbiorcą usług)