

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA I PRACY Z OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Imię i nazwisko uczestnika/czki 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 Uczestnika/Uczestniczki Projektu)