

Załącznik nr 3

do ramowego programu działalności ŚDS

DIAGNOZA na potrzeby opracowania Indywidualnego Planu Postępowania Wspierająco-Aktywizującego

Data przyjęcia do ŚDS:

Imię i nazwisko uczestnika:

Typ zaburzeń (A, B lub C) **typ B**

Data sporządzenia:

.

Skierowanie

- ✓ Organ wydający skierowanie:
- ✓ Podstawa wydania skierowania:
 - orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności (numer i data wydania):
 - zaświadczenie/opinia lekarska (data wydania, specjalność lekarza):
 - inny dokument (rodzaj, data wydania):
- ✓ Informacje o zasadach funkcjonowania Domu przekazał/a uczestnikowi/opiekunowi:
- ✓ Do dokumentacji indywidualnej dołączono notatkę zawierającą dodatkowe informacje dotyczące uczestnika: TAK / NIE:

Potrzeby / wskazania co do indywidualnego zakresu wsparcia uczestnika

- ✓ wynikające z orzeczenia lub zaświadczenia lekarskiego:
- ✓ wynikające z wywiadu środowiskowego:
- ✓ ustalone na podstawie obserwacji uczestnika i innych informacji :

Ocena możliwości psychofizycznych uczestnika:

Zakres wsparcia i cele do osiągnięcia poprzez realizację indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego

1) Proponowany zakres wsparcia :

Rodzaje proponowanych zajęć:

- **trening umiejętności samoobsługowych i zaradności życiowej,**
- **trening umiejętności interpersonalnych,**
- **trening higieny osobistej,**
- **trening edukacyjny(utrwalanie nauki czytania i pisanie),**
- **trening umiejętności spędzania czasu wolnego,**
- **wsparcie psychologiczne, pedagogiczne,**
- **terapia ruchowa,**
- **pomoc do świadczeń zdrowotnych,**
- **opieka pielęgniarska**

Uwaga :

2) Cele do osiągnięcia w toku realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego:

W wyniku realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego uczestnik powinien:

- **umieć:**

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższym planem postępowania wspierająco-aktywizującego i wyrażam zgodę na jego realizację, zobowiązując się do aktywnego uczestniczenia w przewidzianych tym planem zajęciach

.....
Miejscowość data i podpis uczestnika/opiekuna prawnego

.....
Miejscowość, data i podpisy osób biorących udział
w posiedzeniu zespołu ustalającego indywidualny plan postępowania
wspierająco-aktywizującego

.....
Miejscowość data i podpis kierownika ośrodka wsparcia