

Załącznik nr 4

do ramowego programu ŚDS

Indywidualny Plan Postępowania Wspierająco-Aktywizującego**Imię i nazwisko:****Data urodzenia:****Data sporządzenia :**

Indywidualny Plan Postępowania Wspierająco-Aktywizującego dla.....na okres oddo				
Formy wsparcia	Umiejętności, nawyki i postawy które uczestnik powinien nabyć/utrzymać lub udoskonalić			
	Opis	Poziom wyjściowy	Poziom docelowy	Realizacja (w tym: częstotliwość zajęć, metody pracy, rodzaj zajęć, itp.)
Trening umiejętności samoobsługowych i zaradności życiowej				
Trening umiejętności i społecznych				
Trening umiejętności spędzania czasu wolnego				
Trening edukacyjny(utrwalanie				

nauki czytania i pisania)				
Trening funkcjonowania w życiu codziennym				
Trening ekonomiczny				
Terapia ruchowa	Forma terapii		Planowane efekty	UWAGI
	- Indywidualne ćwiczenia:			
Poradnictwo psychologiczne, pedagogiczne	Obszar poradnictwa		Planowane efekty	UWAGI
	Poradnictwo psychologiczne			
	Poradnictwo pedagogiczne			
Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych Pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych	Rodzaje spraw	Forma pomocy	Planowane efekty	UWAGI
	Rodzaje świadczeń	Forma pomocy	Planowane efekty	UWAGI
Opieka pielęgniarska	Forma realizacji świadczeń		Planowane efekty	UWAGI

Inne formy wsparcia:	Forma wsparcia	Sposób realizacji	Planowane efekty	UWAGI	
<i>- Nakierowane na integrację społeczną ze środowiskiem lokalnym i/lub rodzinnym</i>					
<i>- Przygotowujące do uczestnictwa w ŚDS lub podjęcia zatrudnienia</i>	Pracownia Krawiecka-Rękodzieła	Pracownia Botaniczno-Zoologiczna	Pracownia Komputerowo-Plastyczna	Pracownia Kulinarna	Pracownia Stolarska
<i>- Usprawniające</i>	Zajęcia taneczne	Koło fotograficzne			

--	--	--	--	--

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