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 od ……do …….				
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.)
1.Trening funkcjonowania w codziennym życiu, w tym: **- trening dbałości o wygląd zewnętrzny** **- trening nauki higieny,** **- trening kulinarny,** **- trening umiejętności praktycznych** **- trening gospodarowania własnymi środkami finansowymi**				.

2.Trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, w tym: kształtowanie pozytywnych relacji uczestnika z osobami bliskimi, sąsiadami, i innymi osobami.				
3.Trening umiejętności spędzania wolnego czasu.				
4.Trening umiejętności komunikacyjnych, w tym z wykorzystaniem alternatywnych i wspomaganych sposobów porozumiewania się, w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej				
5. Zajęcia rozwijające aktywność i ekspresje twórczą po przez udział w zajęciach tanecznych, koło fotograficzne	Zajęcia taneczne	Koło fotograficzne		

6.Terapia ruchowa-rehabiltitacja, w tym zajęcia sportowe, turystyczne i rekreacyjne	Forma terapii	Planowane efekty	UWAGI
	- Indywidualne ćwiczenia:		
7. Poradnictwo psychologiczne, pedagogiczne	Obszar poradnictwa	Planowane efekty	UWAGI
	Poradnictwo psychologiczne		
	Poradnictwo pedagogiczne		
8. Pomoc w dostępie do niezbędnych świadczeń zdrowotnych, opieka pielęgniarska	Forma realizacji świadczeń	Planowane efekty	UWAGI
9.Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, niezbędna opieka	Rodzaje spraw	Planowane efekty	UWAGI

10. Inne formy postępowania :	**Pracownia Krawiecka-Rękodzieła**	**Pracownia Botaniczno-Zoologiczna**	**Pracownia Komputerowo-Plastyczna**	**Pracownia Kulinarna**	**Pracownia Majsterkowicza Stolarska**
Przygotowujące do uczestnictwa w WTZ lub podjęcia zatrudnienia					

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