

## INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Data przyjęcia: .....

Data zakończenia pobytu: .....

### I. CELE PRACY Z UCZESTNIKIEM:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

### II. TRUDNOŚCI, BARIERY UNIEMOŻLIWIAJĄCE REALIZACJĘ CELÓW:

- .....
- .....
- .....

### III. RODZAJ WSPARCIA POTRZEBNY DO REALIZACJI CELÓW (formy proponowanych zajęć terapeutycznych):

- dietetyk
- fizjoterapeuta
- logopeda
- zajęcia artystyczne (arteterapia)
- zajęcia muzykoterapeutyczne
- komputerowe
- zajęcia integracyjne

- zajęcia z zakresu umiejętności społecznych i budowania relacji społecznych
  - trening funkcji poznawczych, w tym trening pamięci
  - spotkania indywidualne i grupowe z psychologiem
  - konsultacje indywidualne.....
  - konsultacje grupowe.....
  - inne.....
- .....
- .....

• **OKOLICZNOŚCI I MIEJSCE UDZIELANIA WSPARCIA:**

Dzienny Dom Pobytu w Kępnie, od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00.

<i>Data i podpis pracownika DDP</i>	<i>Data i podpis uczestnika/ opiekuna prawnego uczestnika</i>
-------------------------------------	---

**IV. PRZEBIEG REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU WSPARCIA:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Wspieramy ducha samodzielności i sprawczości.  
Deinstytucjonalizacja usług społecznych  
w gminach powiatu kępińskiego.**

*Data i podpis pracownika DDP*



Fundusze Europejskie  
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



SAMORZĄD  
WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO