*Załącznik nr 14 do ogłoszenia*

**INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA**

**UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I: DIAGNOZA** |
| **Dane osoby/ rodziny**  |
| **Imię nazwisko**  | **Stopień pokrewieństwa**  | **Wiek** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Adres zamieszkania / telefon  |  |
| **Ocena sytuacji**  |
| Zgłaszane trudności  |   |
| Potrzeby i oczekiwania Uczestnika |  |
| Obszar wsparcia przewodniczki |  |
| **CZĘŚĆ II: PLAN WSPARCIA** |
| **Określenie celu, rodzaju i zakresu udzielanego wsparcia oraz wskazanie instytucji/usług pomocowych niezbędnych do jego realizacji**  |
| **Cel** | **Rodzaj i zakres wsparcia** | **Instytucja/ Usługa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Cel** | **Rodzaj działań oraz terminy ich realizacji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **……………………………….****Podpis Uczestnika****………………………………****Podpis „przewodniczki”****……………………..****Data** |
| **CZĘŚĆ III: OCENA INDYWIDUALNEGO PLANU WSPARCIA** |
| **Cel**  | **Zrealizowane działania**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **……………………………….****Podpis Uczestnika****………………………………****Podpis „przewodniczki”****……………………..****Data** |
| **CZĘŚĆ IV: EWALUACJA KOŃCOWA**  |
| **Cel**  | **Osiągnięte efekty**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Zakończono realizację usługi …………………………………………..****……………………………….****Podpis Uczestnika****………………………………****Podpis „przewodniczki”****……………………..****Data** |