Załącznik nr 2 do Kontraktu zawartego w dn. …………

w związku z objęciem usługami mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi

Ramowy wzór

**INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA**

| **Imię i nazwisko osoby:**  |
| --- |
| **Realizacja usług** * w mieszkaniu wspomaganym w okresie od ………… do …………… .
* z wykorzystaniem własnego lokalu mieszkalnego osoby od ………… do …………… .
 |
| Oczekiwania osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi  |  |
| Inne istotne informacje dla realizacji indywidualnego planu działania  |  |
| Cele indywidualnego planu działania  |  |
| **Forma wsparcia (np. rodzaj treningu, usługi asystenckie)** | **Oczekiwane efekty** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Specjaliści świadczący usługi**  |
|  |

……………………….…………………………………………

Podpis osoby objętej usługami i opiekuna prawnego (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub innej osoby działającej za tą osobę)

…………………………………………………………………

Podpis koordynatora usług mieszkalnictwa wspomaganego

**DZIAŁANIA SKIEROWANE DO RODZICÓW/OPIEKUNÓW**

| Imię i nazwisko rodzica / opiekuna, któremu zostanie udzielone wsparcie |  |
| --- | --- |
| **Forma wsparcia** | **Oczekiwane efekty** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Specjaliści świadczący usługi**  |
|  |

 ……………………….…………………………………………

 Podpis rodzica / opiekuna

…………………………………………………………………

 Podpis koordynatora usług mieszkalnictwa wspomaganego