**WITAJ W INDYWIDUALNYM PLANIE DZIAŁANIA!**
 Indywidualny Plan Działania ma za zadanie, stworzenie własnego pomysłu na działania, które pomogą Ci w pokonywaniu swoich barier i ciągłego rozwoju. Tworząc plan, nauczysz się wyznaczać cele oraz jak je realizować.

Wraz z Mobilnym Doradcą Włączenia Społecznego, zapoznasz się z instytucjami i osobami, a także dowiesz się w jaki sposób możesz zrealizować cele, które wskazałeś za najważniejsze w danej chwili.

ZAPRASZAMY CIĘ DO WSPÓŁPRACY

 **INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA**

**IMIĘ I NAZWISKO**

|  |
| --- |
|  |

 **NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO**

|  |
| --- |
|  |

 **ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |
| --- |
|  |

ULICA, NUMER DOMU I LOKALU, KOD POCZTOWY i MIEJSCOWOŚĆ, POWIAT, WOJEWÓDZTWO **DATA URODZENIA**

|  |
| --- |
|  |

 **DATA ROZPOCZĘCIA PRACY NAD IPD**

|  |
| --- |
|  |

**Opis aktualnej sytuacji odbiorcy wsparcia**

(uwzględniając m.in. stan zdrowia, sytuację rodzinną, socjalną i społeczną oraz określenie predyspozycji edukacyjnych i zawodowych (wyniki testów, rozmów i opinii od innych specjalistów).

|  |
| --- |
|  |

**OPIS ZASOBÓW ODBIORCY WSPARCIA**

|  |
| --- |
| **Szanse i mocne strony odbiorcy, ewentualny pozytywny wpływ otoczenia na funkcjonowanie odbiorcy.** |
|  |
| **Zagrożenia i słabe strony odbiorcy, ewentualny negatywny wpływ otoczenia na funkcjonowanie odbiorcy.** |
|  |

 **OKREŚLENIE CELÓW DO REALIZACJI**

1. ………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………

3. ………………………………………………………………………………………………

4. ………………………………………………………………………………………………

5. ………………………………………………………………………………………………

**SZACOWANY CZAS REALIZACJI IPD**

1. Planowany termin zrealizowania 1 celu ……………………………………..
2. Planowany termin zrealizowania 2 celu ……………………………………..
3. Planowany termin zrealizowania 3 celu ……………………………………..
4. Planowany termin zrealizowania 4 celu ……………………………………..
5. Planowany termin zrealizowania 5 celu ……………………………………..

**STRATEGIA DZIAŁANIA – KROKI DO REALIZACJI CELU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nr** | **Opis celu szczegółowego**  | **Działania prowadzące do realizacji celu**  |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **STRATEGIA DZIAŁANIA – INSTYTUCJE I OSOBY WSPIERAJĄCE REALIZACJĘ CELU Z NAJBLIŻSZEGO OTOCZENIA ODBIORCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr 1 | Cel szczegółowy: ................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa Instytucji lub imię i nazwisko osoby wspierającej realizację celu  | Adres do kontaktu  | Mail  | Telefon – osoba do kontaktu  | Godziny kontaktu z placówką |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nr 2 | Cel szczegółowy: ................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa Instytucji lub imię i nazwisko osoby wspierającej realizację celu  | Adres do kontaktu  | Mail  | Telefon – osoba do kontaktu  | Godziny kontaktu z placówką |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nr 3 | Cel szczegółowy: ................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa Instytucji lub imię i nazwisko osoby wspierającej realizację celu  | Adres do kontaktu  | Mail  | Telefon – osoba do kontaktu  | Godziny kontaktu z placówką |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nr 4 | Cel szczegółowy: ................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa Instytucji lub imię i nazwisko osoby wspierającej realizację celu  | Adres do kontaktu  | Mail  | Telefon – osoba do kontaktu  | Godziny kontaktu z placówką |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nr 5 | Cel szczegółowy: ................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Nazwa Instytucji lub imię i nazwisko osoby wspierającej realizację celu  | Adres do kontaktu  | Mail  | Telefon – osoba do kontaktu  | Godziny kontaktu z placówką |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi:

|  |
| --- |
|  |

**WSKAZÓWKI MOBILNEGO DORADCY WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO
I ZALECENIA DO REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU DZIAŁANIA.**

|  |
| --- |
|  |

**POTWIERDZAM ODBIÓR INDYWIDUALNEGO PLANU DZIAŁANIA
OPRACOWANEGO WRAZ Z MOBILNYM DORADCĄ WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO**

Miejscowość ………………..............……………, data……….............……

…………………………..........…………… .........................................................

 (*podpis odbiorcy wsparcia)*  (*podpis opiekuna odbiorcy wsparcia)*

…………..............................……………………………
*(podpis Mobilnego Doradcy Włączenia Społecznego)*

**MONITORING DZIAŁAŃ 1**

**DATA:**

**RODZAJ KONTAKTU:**

* **Osobiście**
* **Telefonicznie i bezpośrednia rozmowa z odbiorcą wsparcia**
* **Telefonicznie i rozmowa z opiekunem odbiorcy lub instytucją wspierającą
dane osoby:**

|  |
| --- |
|  |

**OGÓLNA OPINIA MOBILNEGO DORADCY WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO
OPIS POSTĘPÓW ODBIORCY WSPARCIA, SUKCESY I PORAŻKI REALIZOWANYCH CELÓW**

|  |
| --- |
|  |

…………..............................…………........…………………
 *(data i podpis Mobilnego Doradcy Włączenia Społecznego)*

**MONITORING DZIAŁAŃ 2**

**DATA:**

**RODZAJ KONTAKTU:**

* **Osobiście**
* **Telefonicznie i bezpośrednia rozmowa z odbiorcą wsparcia**
* **Telefonicznie i rozmowa z opiekunem odbiorcy lub instytucją wspierającą
dane osoby:**

|  |
| --- |
|  |

**OGÓLNA OPINIA MOBILNEGO DORADCY WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO
OPIS POSTĘPÓW ODBIORCY WSPARCIA, SUKCESY I PORAŻKI REALIZOWANYCH CELÓW**

|  |
| --- |
|  |

…………..............................…………........…………………
 *(data i podpis Mobilnego Doradcy Włączenia Społecznego)*

**MONITORING DZIAŁAŃ 3**

**DATA:**

**RODZAJ KONTAKTU:**

* **Osobiście**
* **Telefonicznie i bezpośrednia rozmowa z odbiorcą wsparcia**
* **Telefonicznie i rozmowa z opiekunem odbiorcy lub instytucją wspierającą
dane osoby:**

|  |
| --- |
|  |

**OGÓLNA OPINIA MOBILNEGO DORADCY WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO
OPIS POSTĘPÓW ODBIORCY WSPARCIA, SUKCESY I PORAŻKI REALIZOWANYCH CELÓW**

|  |
| --- |
|  |

…………..............................…………........…………………
 *(data i podpis Mobilnego Doradcy Włączenia Społecznego)*

**MONITORING DZIAŁAŃ 4**

**DATA:**

**RODZAJ KONTAKTU:**

* **Osobiście**
* **Telefonicznie i bezpośrednia rozmowa z odbiorcą wsparcia**
* **Telefonicznie i rozmowa z opiekunem odbiorcy lub instytucją wspierającą
dane osoby:**

|  |
| --- |
|  |

**OGÓLNA OPINIA MOBILNEGO DORADCY WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO
OPIS POSTĘPÓW ODBIORCY WSPARCIA, SUKCESY I PORAŻKI REALIZOWANYCH CELÓW**

|  |
| --- |
|  |

…………..............................…………........…………………
 *(data i podpis Mobilnego Doradcy Włączenia Społecznego)*