

## Załącznik nr 5 do regulaminu organizacji mieszkań TRENINGOWYCH

### Indywidualny Plan Działania nr.....

<b>Tytuł projektu:</b>	„OKNO DO LEPSZEGO ŻYCIA – utworzenia i prowadzenie 3 mieszkań treningowych, 2 wspieranych i 2 wytnieniowych oraz wsparcie 50 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, zamieszkujących gminy: Miastko, Koczała i Trzebiel w okresie od VII'22 do IX'23
<b>Nr projektu:</b>	RPPM.06.02.02-22-0010/21
<b>Program Operacyjny</b>	RPO WP 2014-2020
<b>Działanie:</b>	06.02. Usługi Społeczne
<b>Poddziałanie:</b>	06.02.02. Rozwój usług społecznych

#### 1. Uczestnik projektu

Imię	
Nazwisko	

#### 2. Okres realizacji wsparcia/osoba odpowiedzialna

Termin realizacji IPD (od...do...)	Data zakończenia.
Osoba odpowiedzialna za opracowanie IPD.	

### 3. Usługi aktywnej integracji przewidziane dla uczestnika projektu

Usługi o charakterze społecznym.	
Potrzeby:	
Potencjał	
Działania:	<p>PSYCHOLOG:</p> <p><input type="checkbox"/> Trening rozwiązywania konfliktów</p> <p><input type="checkbox"/> Spotkania indywidualne</p> <p>PEDAGOG</p> <p><input type="checkbox"/> Trening umiejętności: pranie, suszenie, sprząatanie, dbania o zdrowie i higienę osobistą, gospodarowanie śr. finansowymi, gotowanie, mieszkanie (opłaty, czystość), sprawy urzędowe</p> <p><input type="checkbox"/> Spotkania indywidualne</p> <p>TERAPEUTA</p> <p><input type="checkbox"/> Spotkania indywidualne dot. uzależnień</p> <p>PRAWNIK</p> <p><input type="checkbox"/> Spotkania indywidualne</p> <p>INNE (jakie?)</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>
Usługi o charakterze zdrowotnym (wsparcie asystenta) w ramach POZ (jeśli dotyczy)	
Potrzeby:	
Potencjał:	
Działania:	<p><input type="checkbox"/> DIAGNOZA STANU ZDROWIA – kontakt z lekarzem POZ</p> <p><input type="checkbox"/> INNE (jakie?)</p> <p>.....</p>

Usługi o charakterze zawodowym (jeśli dotyczy)	
Potrzeby:	
Potencjał:	
Działania:	<input type="checkbox"/> DORADZTWO ZAWODOWE <input type="checkbox"/> INNE (jakie?) .....
Opis zaistniałych w przebiegu realizacji zdarzeń mogących mieć wpływ na zmianę dotychczasowego zakresu aktywizowania (np. uczestnik przebywał w szpitalu w związku z tym zadanie zostało przesunięte).	
Aktualizacja indywidualnej ścieżki reintegracji.	Data aktualizacji.
1.	
2.	
3.	

Szczegółowy opis efektów aktywizacji zawodowej i/lub społecznej Uczestnika na koniec jego udziału w projekcie w odniesieniu do potrzeb i potencjału oraz zastosowanych działań.

Data, podpis osoby  
odpowiedzialnej za opracowanie IŚR

\_\_\_\_\_