**INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA „SPRAWIĆ MOC 9”**

**SPECJALISTA – imię i nazwisko ……………………………………………………………**

(psycholog/fizjoterapeuta/pracownik socjalny/lekarz) **– podkreślić właściwe**

**BENEFICJENT – imię i nazwisko ……………………………………………………………**

**PORUSZANIE SIĘ / OCENA STANU NARZĄDU RUCHU**

|  |
| --- |
| W domu porusza się Pan/i:samodzielnie, z chodzikiem, o kulach, na wózku*(podkreślić właściwą odpowiedź lub zaznaczyć w kółko)* |
| Poza miejscem zamieszkania porusza się Pan/i:samodzielnie, z chodzikiem, o kulach, na wózku, na wózku elektrycznym, z białą laską*(podkreślić właściwą odpowiedź lub zaznaczyć w kółko)* |
| **Ocena stanu narządu ruchu (**gdzie 0 – brak zaburzenia, 3-średnie, 5- znaczne)*(podkreślić właściwą odpowiedź lub zaznaczyć w kółko)** Sprawność kończyn górnych - 0 1 2 3 4 5

w tym sprawność dłoni - 0 1 2 3 4 5* Sprawność kończyn dolnych - 0 1 2 3 4 5
* Zaburzenia równowagi - 0 1 2 3 4 5
* Spastyczność - 0 1 2 3 4 5

**Ocena stanu czynności fizjologicznych** 0 1 2 3 4 5 **Inne zaburzenia stwierdzane przez beneficjenta (np. mowy, wzroku, słuchu, itd.)*** MOWA - 0 1 2 3 4 5
* WZROK - 0 1 2 3 4 5
* SŁUCH - 0 1 2 3 4 5
 |
| Do przemieszczania się poza miejscem zamieszkania wymagam wsparcia - TAK / NIE |
| **W jakich czynnościach mógłby pomóc Pan/i Asystent/tka? -ZAZNACZYĆ KRZYŻYKIEM** |
| Przemieszczanie się do miejsca i/lub z powrotem: (zaznaczyć właściwą odpowiedź-można więcej niż 1)* w wybrane przez BO miejsce (np. wizyta lekarska, rehabilitacja, urząd, praca, dom, miejsce spotkania z rodziną i znajomymi, siedziba placówki/organizacji
* inne jakie ?…………………………………….
 |
| Usługi świadczone poza domem: (zaznaczyć właściwą odpowiedź-można więcej niż 1)* towarzyszenie i pomoc w korzystaniu z dóbr kultury:(np. muzeum, teatr, kino, koncert itp.)
* towarzyszenie i pomoc w korzystaniu z zajęć i obiektów sportowych, rekreacyjnych, placówek medycznych
* pomoc w komunikowaniu się z otoczeniem w tym pomoc w jednorazowych zakupach okazjonalnych
* inne jakie ? ………………………………………….
 |
| Usługi świadczone w domu: (zaznaczyć właściwą odpowiedź-można więcej niż 1)* pomoc w pisaniu, czytaniu
* pomoc w korzystaniu z technologii
* pomoc w towarzyszeniu w aktywnym spędzaniu wolnego czasu
* inne jakie ? ………………………………………….
 |

**OCENA EWENTUALNYCH BRAKÓW W UMIEJĘTNOŚCIACH I KOMPETENCJACH OGRANICZAJĄCYCH AKTYWNOŚĆ I SAMODZIELNOŚĆ**

*(podkreślić właściwą odpowiedź lub zaznacz w kółko)*

1. **KOMUNIKATYWNOŚĆ**

*Kontakt słowny****:*** *(rzeczowy, powierzchowny, wymuszony, ograniczony, bez kontaktu)*

*Mowa: (głośna, cicha powolna, szybka, niewyraźna, porozumiewanie na piśmie)*

1. **PAMIĘĆ**

*Mam dobrą pamięć: długotrwałą – TAK / NIE krótkotrwałą – TAK / NIE*

1. **KONCENTRACJA**

*Potrafię skoncentrować się na rozmowie – TAK / NIE*

*Wykonując określone czynności potrafię się na niej skupić – TAK / NIE*

1. **RADZENIE SOBIE ZE STRESEM**

*Objawy stresu utrudniają moje funkcjonowanie – TAK / NIE*

*Mam swoje sposoby na radzenie sobie ze stresem – TAK / NIE*

1. **ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

*Sumiennie podchodzę do obowiązków – TAK / NIE***6. MOTYWACJA**

*Posiadam motywację do udziału w działaniach aktywizacyjnych – TAK / NIE*

**PROSZĘ OKREŚLIĆ SWOJE POTRZEBY, DOTYCZĄCE ZWIĘKSZENIA SAMODZIELNOŚCI: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….DZIAŁANIA W KTÓRYCH PAN/I DEKLARUJE SWÓJ UDZIAŁ W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „SPRAWIĆ MOC 8”** (ZAZNACZ KRZYŻYKIEM – MOŻNA WIĘCEJ NIŻ JEDNO)

* USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
* INDYWIDUALNE KONSULTACJE SPECJALISTÓW (np. FIZJOTERAPEUTA, PSYCHOLOG, DIETETYK, LOGOPEDA)

UWAGI……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 .………………………………….. …………………………………………….

 Data i podpis BENEFICJENTA Data i podpis SPECJALISTY