**

*Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

*„Tworzenie Lokalnych Systemów Wsparcia dla Seniorów”*

*Z dnia 14 stycznia 2025 r.*

|  |
| --- |
| **INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA nr……** **dla uczestnika projektu „Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów”.** |

**Sporządzony na podstawie indywidualnej diagnozy potrzeb przeprowadzonej
w dniu …………**

**Stanowiący kontrakt między stronami w zakresie usług społecznych, zdrowotnych i wspierających realizowanych przez Gminę/Miasto:……………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA** |  |
| **ADRES, NUMER TELEFONU UCZESTNIKA**  |  |
| **PESEL UCZESTNIKA** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO GMINNEGO KOORDYNATORA DS. LSWS, NUMER TELEFONU** |  |
| **DATA SPORZĄDZENIA/AKTUALIZACJI**  |  |
| **TERMIN OBOWIĄZYWANIA** |  |
| **ZAŁĄCZNIKI DO IPW** |  |
| **LP** | **Nazwa usługi**  | **Dzień rozpoczęcia** | **Dzień zakończenia**  | **Miejsce świadczenia usługi**  | **Data i podpis uczestnika** | **Data i podpis Gminnego Koordynatora ds. LSWS** |
| **1** | **Prosimy o wpisanie nazwy usług, które będą realizowane z danym Uczestnikiem Projektu – zgodnie z zaplanowanymi usługami w projekcie** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

 |

Plan sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Informacje dotyczące podmiotów świadczących usługi oraz dane szczegółowe zostaną przekazane na Karcie Usług stanowiącej Załącznik nr 1 do IPW.

**

*Załącznik nr 1 do IPW*

**Karta realizacji usług społecznych, zdrowotnych i wspierających uczestnika projektu**

**„Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów”.**

Indywidualny Plan Wsparcia nr ……………………………………..

Imię i nazwisko uczestnika projektu: ………………………………………………………………...………………………………………………………

Adres uczestnika projektu: ………………………………...………………………………………………………………………………………

Rozliczenie wykonania usług w okresie od ………………….…… do .……………….…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i zakres usługi** | **Nazwa realizatora usługi, dane kontaktowe** | **Data**  | **Liczba godzin** | **Podpis uczestnika**  | **Podpis realizatora usługi** | **Podpis Gminnego Koordynatora ds. LSWS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |