**

*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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |