

INDYWIDUALNY PLAN WSPARCIA z dnia
dla uczestnika projektu „Szansa na lepsze jutro”.

*IPW sporządzony na podstawie indywidualnej diagnozy potrzeb zgłoszonych przez uczestnika projektu, stanowiący zakres wsparcia w zakresie usług społecznych, zdrowotnych i towarzyszących realizowanych w ramach projektu przez:

**Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Reznier sp. k.,
ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce**

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA					
ADRES, NUMER TELEFONU UCZESTNIKA					
PESEL UCZESTNIKA					
ZAŁĄCZNIKI DO IPW					
LP	Nazwa usługi	Dzień rozpoczęcia	Dzień zakończenia	Miejsce świadczenia usługi	uwagi
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 danych szczegółowych zostaną przekazane na Karcie Realizacji Usług stanowiącej Załącznik Indywidualnego Planu Wsparcia (IPW).

.....
Podpis Chorego

.....
Podpis Opiekuna

.....
Koordynator Projektu