**INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA**

# Asystent Osoby z Niepełnosprawnością

**Imię i nazwisko beneficjenta: ………………………………………………………………………………**

**Stopień udziału beneficjenta/beneficjentki w życiu społecznym przed rozpoczęciem projektu (proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu, gdzie: 1 – bardzo słaby, 2 – słaby, 3 – średni, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stopień udziału beneficjenta w życiu społecznym** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

**Stopień samodzielności beneficjenta/beneficjentki przed rozpoczęciem projektu (proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu, gdzie: 1 – bardzo słaby, 2 – słaby, 3 – średni, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stopień samodzielności beneficjenta** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

**Stopień aktywności ruchowej beneficjenta/beneficjentki przed rozpoczęciem projektu (proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu, gdzie: 1 – bardzo słaby, 2 – słaby, 3 – średni, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stopień aktywności ruchowej beneficjenta** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

**Wsparcie proponowane w trakcie projektu:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Główny cel do zrealizowania w trakcie projektu:** | **Ile razy w ciągu miesiąca:** | **Ile razy w całym projekcie:** |
|  |  |  |

*..........................................................* .........................................................................

*Miejscowość i data Podpis beneficjenta/ beneficjentki*

*..........................................................* .........................................................................

*Miejscowość i data Podpis osoby asystenckiej*