



--

3. Ważne informacje o rodzinie, które mogą być powiązane ze zgłaszanymi trudnościami i wpływać na sytuację rodziny

(skład rodziny, funkcjonowanie rodziny w różnych obszarach w szczególności dotyczące sytuacji materialnej, mieszkaniowej, rodzinnej, zdrowotnej, inne ważne osoby dla rodziny)

--

4. MIEJSCE ZAMIESZKANIA

W jakich czynnościach codziennych w szczególności wymaga Pan/i wsparcia?	
Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan/i w miejscu zamieszkania?	
Czy może Pan/i liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności?	

5. AKTYWNOŚĆ WŁASNA OzN

zainteresowania/umiejętności/co lubi robić?	
Jaka czynność sprawiają przyjemność	
Co chciałby OzN robić czego się nauczyć, jaką posiadać umiejętność?	
Jakie ma Pan/i marzenia?	



6. ZACHOWANIA SZCZEGÓLNE

Proszę wymienić wszystkie zachowania, które zastanawiają/dziwią inne osoby?	
W jakich sytuacjach pojawiają się ww. reakcje (np. stres)?	
Z jakimi osobami lubi OzN przebywać? Jakie posiadają cechy charakteru?	
Jakie są Pana/i oczekiwania związane z uczestnictwem w projekcie	
W jakich czynnościach oczekuje Pan/i wsparcia	

7. DOTYCHCZASOWE WSPARCIE

Czy do tej pory korzystała Pan/i z innych form wsparcia?	
Czy był/a Pan/i zadowolony/a z ww. form wsparcia?	

Wnioski:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
data i podpis uczestnika Programu

.....
data i podpis Koordynatora programu