Miejscowość…………………,data………………

**CZĘŚĆ A**

**KARTA PLANU PRACY Z OSOBĄ / RODZINĄ** nr…………………………………./nr identyfikacyjny/

**I. CZŁONKOWIE RODZINY:** (imię i nazwisko, wiek, miejsce zamieszkania, nr telefonu)

**1……………………………………………………………………………………………………….**

**2……………………………………………………………………………………………………….**

**3……………………………………………………………………………………………………….**

**II. WYKAZ INSTYTUCJI/ORGANIZACJI ZAANGAŻOWANYCH DO PRACY Z RODZINĄ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa instytucji/organizacji** | **Imię i nazwisko pracownika** | **Nr telefonu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**III. OPIS I ANALIZA SYTUACJI RODZINY:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Opis sytuacji** |  |
| **Sytuacja materialna** (źródło dochodów, zadłużenia, itp.) |  |  |
| **Sytuacja mieszkaniowa** (metraż, standard, stan techniczny, wyposażenie, itp.) |  |  |
| **Sytuacja zawodowa** (wykształcenie, status na rynku pracy członków rodziny wspólnie zamieszkujących, doświadczenie umiejętności zawodowe, dodatkowe kwalifikacje zawodowe itp.) |  |  |
| **Sytuacja zdrowotna:** (choroby, uzależnienia, korzystanie z poradni specjalistycznych, terapie, itp.) |  |  |
| **Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza:** (sytuacja prawna rodziców względem dzieci, nadzór kuratorski, edukacja szkolna, udział w zajęciach pozalekcyjnych, itp.) |  |  |
| **Relacje w rodzinie:** (sposób odnoszenia się do siebie poszczególnych członków rodziny, interakcje, kontakty i relacje z członkami dalszej rodziny, itp.) |  |  |

**Zidentyfikowane problemy, potrzeby – wnioski z diagnozy:**

.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

 */data, podpis i pieczątka pracownika socjalnego/*

**CZĘŚĆ B**

**I. CELE I PODZIAŁ ZADAŃ\***

**Cel główny:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CELE****SZCZEGOŁOWE** | **ZADANIA** | **OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJE CELU** | **TERMIN REALIZACJI****ZADANIA** |
| **1.**  | 1.2.3.4. |  |  |
| **2.**  | 1.2.3.4. |  |  |
| **3.**  | 1.2.3.4. |  |  |
| **4.** | 1.2.3.4. |  |  |

\*Pracownik socjalny będący koordynatorem wsparcia, wspólnie z rodziną ustalają cele główne, szczegółowe oraz zadania zmierzające do realizacji danego celu.Wspólnie z przedstawicielami instytucji zaangażowanych we wsparcie rodziny ustalają podział zadań do wykonania oraz czas realizacji danego zadania.

**II. OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA WSPÓŁPRACĘ PRZY REALIZACJI PLANU POMOCY:**

**Ze strony instytucji:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Imię i nazwisko** | **nazwa instytucji/organizacji** | **Funkcja**  | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Osoba/rodzina lub jej przedstawiciel**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Adres** | **Telefon** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ C. EWALUACJA**

|  |  |
| --- | --- |
| **CELE****SZCZEGOŁOWE** | **EWALUACJA** (stopień osiągnięcia celu szczegółowego, przyczyny nieosiągnięcia) |
| **1.**  |  |
| **2.**  |  |
| **3.**  |  |
| **4.** |  |

**Cel główny** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Stopień osiągnięcia celu głównego** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

data kolejnej ewaluacji/zakończenie pracy z osobą / rodziną\*: ……………………………………….\*niepotrzebne skreślić

podpis osoby lub przedstawiciela/i rodziny ………………………………………………… ……………………………………………….

podpisy członków GGK ………………………………………………… ……………………………………………….

 ………………………………………………… ……………………………………………….