………………… dnia, ………………….

(Miejscowość, data)

**INDYWIDUALNY PLAN REINTEGRACJI (IPR)**

**WYWIAD**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INFORMACJE OGÓLNE** | |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **Nazwisko panieńskie** |  |
| **Stan cywilny** |  |
| **Dzieci (wiek płeć)** |  |
| **Wiek** |  |
| **Miejsce zamieszkania** |  |
| **Telefon** |  |
| **Mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin realizacji IPR**  **(OD…DO…)** |  |
| **Data sporządzania IPR** |  |
| **Osoba odpowiedzialna**  **za realizację IPR** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce wykonywania pracy** |  |
| **Stanowisko pracy** |  |
| **Wymiar etatu pracy** |  |
| **Czas trwania umowy  o pracę** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SYTUACJA ZAWODOWA** | |
| **Wykształcenie**  **(nazwa szkoły/ uczelni, rok ukończenia, nazwa kierunku, specjalizacji, zawodu)** |  |
| **Dodatkowe kwalifikacje,**  **uprawnienia**  **(studia podyplomowe,**  **kursy, szkolenia)** |  |
| **Czy posiada Pan/i prawo jazdy?**  **Jakiej kategorii?** |  |
| **Doświadczenie zawodowe**  **(miejsce pracy wraz  z zajmowanym stanowiskiem pracy i okresem zatrudnienia** |  |
| **Którą pracę najbardziej Pan/i lubił/ła  i dlaczego?** |  |
| **Z czym ma Pan/i trudność w wykonywaniu pracy?** |  |
| **Czego potrzebuje Pan/i do dobrego/właściwego wykonywania pracy (np. kursy, szkolenia)** |  |
| **Co lubię Pan/i robić w mojej pracy?** |  |
| **Co jest Pana /i mocną stroną?** |  |
| **Co jest Pana/i słabą stroną?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SYTUACJA SPOŁECZNA.** | |
| **Jaka jest Pana/i sytuacja rodzinna**  **(z ilu członków składa się najbliższa rodzina, stopień pokrewieństwa osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, czy ktoś najbliższych potrzebuje wsparcia i pomocy w codziennym funkcjonowaniu)** |  |
| **Warunki mieszkaniowe, czyją własnością jest lokal z ilu pomieszczeń się składa?** |  |
| **Z jakich form wsparcia Pan/i korzysta (MOPS, GOPS)** |  |
| **Co jest dla Pana/i ważne  w codziennym funkcjonowaniu, czego Panu/i brakuje?** |  |
| **Z czego Pan/i jest najbardziej dumna w swoim życiu?** |  |
| **Czego Pan/i potrzebuje  z jakich forma wsparcia chciałby/ałaby Pan/i skorzystać i dlaczego (wsparcie finansowe, psychologiczne, zdrowotne)?** |  |
| **Stan zdrowia (czy Pan/i znajduje się pod opieką lekarza specjalisty, czy posiada Pan/i orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)?** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PLANOWANE DZIAŁANIA W ZAKRESIE REINTEGRACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ** | | | | |
| **DATA** | **Wyznaczenie celu zawodowego (zidentyfikowanie i nazwanie swoich potrzeb trudności, (wyznaczenie wyższego poziomu funkcjonowania w pracy)** | **Podjęte działania**  **zmierzające do osiągnięcia celu, w jaki sposób zostanie osiągnięty (zastosowane metody, narzędzia)** | **Uzyskany efekt** | **Termin**  **realizacji** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **DATA** | **Wyznaczenie celu społecznego (zidentyfikowanie i nazwanie swoich potrzeb trudności, (wyznaczenie wyższego poziomu funkcjonowania w społeczności)** | **Podjęte działania**  **zmierzające do osiągnięcia celu, w jaki sposób zostanie osiągnięty**  **(zastosowane metody, narzędzia)** | **Uzyskany efekt** | **Termin**  **realizacji** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **MODYFIKACJA/AKTUALIZACJA INDYWIDUALNEGO PLANU REINTEGRACYJNEGO**   **W DNIU………………………** |
| **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Podpis pracownika: Podpis pracodawcy**  **……………………………… ……………………………….** |