

# INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA (IPD)

Konkurs numer 1/2025 pn. „Siła możliwości”

## „KTOŚ dla CIEBIE – indywidualne wsparcie i rozwój na lata 2026-2029”

### I. DANE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO

NAZWISKO i Imię: ..... płeć:  K  M wiek:   lat

PESEL:           data ur. /R    /M   /D

stopień. niepełnosprawności: ..... symbol/e .....

nr orzeczenia: ..... ważne do dnia: ..... niezdolność do pracy: .....

Data opracowania IPD: .....

### II. CEL WSPARCIA I ŚCIEŻKA ROZWOJU

Zgodnie z autodiagnozą potrzeb i wywiadem rekrutacyjnym, ustalono następujące cele działań zapewniające indywidualne, dopasowane do potrzeb wsparcie, które umożliwi uczestnikom większą samodzielność, aktywność i integrację społeczną w środowisku lokalnym.

#### 1. Cele główne (Zaznacz właściwe):

- **Aktywizacja:** Zwiększenie niezależności i pewności siebie w codziennym funkcjonowaniu.
- **Podtrzymanie:** Utrzymanie dobrostanu psychofizycznego oraz zapobieganie regresowi i izolacji społecznej.
- **Integracja:** Likwidacja barier w dostępie do kultury, urzędów i życia społecznego.

#### 2. Planowane rezultaty:

- **Wzrost mobilności:** BO bezpieczniej i częściej opuszcza miejsce zamieszkania.
- **Wzrost kompetencji cyfrowych:** BO sprawniej korzysta z technologii (telefon, komputer).
- **Wzmocnienie ról społecznych:** BO bierze aktywny udział w życiu rodziny/społeczności.
- **Stabilizacja dobrostanu:** Utrzymanie optymalnego poziomu funkcjonowania i poczucia godności.
- **Poprawa bezpieczeństwa:** Mniejsza izolacja społeczna.

### III. ZAKRES CZYNNOŚCI (Zgodnie z Kartą Zakresu Czynności)

Wybrane grupy czynności:

Obszar wsparcia I: <b>Asystencja Osobista Osób z Niepełnosprawnościami (A00zN)</b>	wybór
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Czynności samoobsługowe:</b> pomoc w ubieraniu się, utrzymaniu higieny osobistej, jedzeniu i piciu w razie potrzeby, korzystaniu z toalety, dobieraniu ubrań do warunków atmosferycznych i okoliczności.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Prowadzenie gospodarstwa domowego i wypełnianie ról w rodzinie:</b> wsparcie w planowaniu codziennych obowiązków, organizacji zakupów, zarządzaniu budżetem domowym i płatnościami, przygotowywaniu posiłków, utrzymaniu porządku i organizacji przestrzeni, a także w korzystaniu z technologii wspomagających komunikację i samodzielność (komputer, smartfon, telewizor, specjalistyczne urządzenia).	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Mobilność i przemieszczanie się:</b> towarzyszenie w podróżach wewnątrz domu i poza nim, organizacja transportu publicznego lub prywatnego, pomoc w wyborze tras i rozwijaniu samodzielności uczestnika w przemieszczaniu się	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Aktywność życiowa i społeczna:</b> wsparcie w planowaniu i uczestnictwie w wydarzeniach społecznych, kulturalnych i edukacyjnych, identyfikacja i przygotowanie miejsc dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami, organizacja wizyt u lekarzy i w urzędach, a także pomoc w komunikowaniu się z otoczeniem z wykorzystaniem dostępnych technologii	<input type="checkbox"/>

<b>Obszar wsparcia II: Indywidualna Terapia Psychopedagogiczna (ITP)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> wzrost samodzielności i niezależności uczestników w codziennym życiu		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> wzmocnienie kompetencji emocjonalnych, społecznych i poznawczych, w tym umiejętności komunikacji i radzenia sobie w sytuacjach trudnych		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> poprawa poczucia własnej wartości, motywacji i dobrostanu psychicznego uczestników		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> redukcja stresu, napięcia i poczucia osamotnienia w życiu codziennym		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie zdolności do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, edukacyjnym i innych formach wsparcia projektowego, w tym AOOzN i ITM		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> przygotowanie uczestników do aktywniejszego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i lokalnym, w tym podejmowania decyzji sprzyjających ich niezależności		<input type="checkbox"/>
<b>Obszar wsparcia III: Indywidualny Trening Motoryczny usprawniający funkcjonowanie uszkodzonych narządów ruchu (ITM)</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> wsparcie rehabilitacyjne służące maksymalnemu usunięciu niesprawności fizycznej, jak również diagnozowaniu i usuwaniu dolegliwości		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> poprawa sprawności fizycznej		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> zapobieganie pogłębianiu się już istniejących schorzeń		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> łagodzenie dolegliwości spowodowane przez choroby stawów		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> pobudzanie mięśni		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> poprawianie ogólnej kondycji fizycznej		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> niwelowanie przyczyn i objawów bólu dzięki terapeutycznemu wykorzystaniu działania naturalnie występujących czynników fizycznych, jak i wytworzonych przez specjalistyczne urządzenia (np. pole magnetyczne, ultradźwięki, laser)		<input type="checkbox"/>

#### IV. WYMIAR WSPARCIA I AKTUALIZACJA

- Wstępnie przyznana liczba godzin **I. AOOzN** po wstępnej weryfikacji: .....
- Wstępnie przyznana liczba godzin **II. ITP** po wstępnej weryfikacji: .....
- Wstępnie przyznana liczba godzin **III. ITM** po wstępnej weryfikacji: .....
- **Okres realizacji:** od ..... do 31.03.2027 r.

#### V. STANDARDY REALIZACJI

1. **Podmiotowość:** Usługi są realizowane zgodnie z wolą Beneficjenta.
2. **Profesjonalizm:** Asystent przestrzega zasad poufności, bezstronności i neutralności.
3. **Bezpieczeństwo:** Potwierdzam przeprowadzenie wywiadu rekrutacyjnego będącego podstawą niniejszego planu.

.....  
(Beneficjent Ostateczny / Opiekun)

.....  
(Koordynator merytoryczny)