

.....  
nazwisko i imię klienta

**KARTA WSPARCIA**  
**za miesiąc/rok .....**

Rodzaj usługi :  
Ilość godzin w tygodniu:  
Wykonawca:

w dniach od .....do .....

Dni tygodnia	godziny	podpis	Dni tygodnia	godziny	podpis
<b>1</b>			<b>17</b>		
<b>2</b>			<b>18</b>		
<b>3</b>			<b>19</b>		
<b>4</b>			<b>20</b>		
<b>5</b>			<b>21</b>		
<b>6</b>			<b>22</b>		
<b>7</b>			<b>23</b>		
<b>8</b>			<b>24</b>		
<b>9</b>			<b>25</b>		
<b>10</b>			<b>26</b>		
<b>11</b>			<b>27</b>		
<b>12</b>			<b>28</b>		
<b>13</b>			<b>29</b>		
<b>14</b>			<b>30</b>		
<b>15</b>			<b>31</b>		
<b>16</b>			<b>łącznie</b>		

.....  
podpis klienta

.....  
podpis Wykonawcy

.....  
potwierdzenie wykonania pracy

## INDYWIDUALNY PLAN PRACY

Załącznik nr 2

### I. DANE OSOBOWE

1. Nazwisko i imię: .....
2. Data i miejsce urodzenia: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Telefon .....

### **II. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ**

1. Częstotliwość spotkań  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
2. Obszary pracy.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**III. PLAN POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO**

DATA	CELE OGÓLNE	REALIZACJA	EWALUACJA

**IV. NOTATKI / UWAGI**

.....

.....

.....

podpis Uczestnika

.....

podpis Wykonawcy

## Wstępna ankieta ewaluacyjna do udzielenia wsparcia w ramach projektu „Premia społeczna”

Imię i nazwisko

.....

1. Skąd dowiedział/a się Pan/i o usługach, o które Pan/i wnioskujecie?

.....  
.....

*Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi*

2. Jakie formy wsparcia oferowane w Programie Usług Społecznych skłoniły Pana/Panią do wzięcia udziału w projekcie? (możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi)?

Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy

Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG

Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

3. Czy proponowane wsparcie oferowane w ramach projektu odpowiada na Pana/i potrzeby?

TAK

NIE

4. Które z usług realizowanych w projekcie uważa Pan/i za najbardziej przydatne/interesujące?  
(możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi )

Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy

Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG

Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

5. Jaka częstotliwość wsparcia byłaby dopasowana do Pana/i potrzeb ?

1 – 3 razy w miesiącu

4 – 6 razy w miesiącu

... więcej

*Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź*

*(0-1 oznacza bardzo niski, 2-3 niski, 4-6 średni, 7-8 wysoki, 9-10 bardzo wysoki)*

6. Jak ocenia Pan/i aktualny poziom swojego życia?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

.....  
podpis Uczestnika

Ankieta oceniająca udzielone wsparcie w ramach projektu „Premia społeczna”

## Program Usług Społecznych w Gminie Swarzędz na lata 2025 – 2026

Imię i Nazwisko uczestnika: .....

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi

1. Z jakich usług Pan/i korzystała?

- Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy
- Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG
- Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

2. Czy proponowane usługi oferowane w ramach projektu odpowiadały na Pana/i potrzeby?

- TAK       NIE

3. Czy zakres i forma usług oferowanych w ramach projektu były zadowalające?

- TAK       NIE

4. Czy informacje dotyczące oferowanych usług były przekazywane w sposób jasny i czytelny?

- TAK       NIE

5. Które z usług, z których Pan/i korzystała w projekcie były dla Pan/i najbardziej przydatne/interesujące (możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi)

- Konsultacja specjalistyczna dla dzieci w celu uzyskania diagnozy funkcjonowania dziecka oraz zalecenia dalszej pracy
- Poradnictwo specjalistyczne- specjalistyczny trening Biofeedback EEG
- Poradnictwo specjalistyczne w zakresie zaburzeń integracji sensorycznej dla dzieci i młodzieży

Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwe odpowiedzi

(0-1 oznacza bardzo niski, 2-3 niski, 4-6 średni, 7-8 wysoki, 9-10 bardzo wysoki).

6. Jak ocenia Pan/Pani swój aktualny poziom jakości życia dzięki udziałowi w projekcie?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

7. W jakim stopniu częstotliwość spotkań i terminy wizyt były dopasowane do Pana/i potrzeb?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

8. Jak ocenia Pan/i kompetencje osób realizujących usługę?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

9. Jak ocenia Pan/i czas trwania i miejsce zrealizowanej usługi?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

10. Czy trafiła Pan/i na trudności organizacyjne w trakcie realizowanej usługi

TAK, jakie ?

.....  
.....

NIE

11. Jakich innych usług oczekiwaliby Pan/i?

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

.....  
podpis Uczestnika