

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН
надання соціальної послуги перекладу жестовою мовою*

Інформація про отримувача соціальної послуги

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності): _____

Вік: _____

Стать: _____

Сімейний стан: _____

Мова спілкування: _____

Інвалідність, група (за наявності) _____

Ступінь індивідуальної потреби в наданні соціальної послуги перекладу жестовою мовою: _____

Додаткова інформація про отримувача соціальної послуги (за наявності): _____

Дата звернення: _____

Соціальна послуга	Заходи, що складають зміст соціальної послуги	Вид перекладу жестовою мовою (І/Гр)**	Форма перекладу	Ресурси (обладнання, технічні засоби реабілітації, інвентар, витратні матеріали)	Періодичність і строк виконання (час, що витрачається на виконання заходу)	Виконавці
1	2	3	4	5	6	7
Переклад жестовою мовою						
Моніторинг / поточне оцінювання результатів, перегляд індивідуального плану (дата проведення, підпис)						

Надавач соціальної послуги

Отримувач соціальної послуги

(підпис)

(підпис)

* Персональні дані використовуються з метою надання соціальної послуги перекладу жестовою мовою, захищаються і обробляються відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

** Індивідуальний або груповий переклад (І/Гр).