|  |
| --- |
| **INDYWIDUALNA DIAGNOZA – IDENTYFIKACJA POTRZEB**  **w ramach projekt pn. „INTEGRACJA W ŚRODOWISKU LOKALNYM” FEWM.09.03-IZ.00-0111/23** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU** | | | | | | |
| **Imię i Nazwisko** | |  | | | | |
| **Adres zamieszkania** | |  | | | | |
| **PESEL** | |  | | | | |
| **CZĘŚĆ I – OBECNA SYTUACJA UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI** | | | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE** |  | |  | |  |  |
| **ZAWÓD WYUCZONY/ Ukończony kierunek kształcenia** |  | |  | |  |  |
| **DOŚWIADCZENIE, UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWE** |  | |  | |  |  |
| **UWARUNKOWANIA ZDROWOTNE UCZESTNIKA** |  | |  | |  |  |
| **UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE UCZESTNIKA** |  | |  | |  |  |
| **SYTUACJA RODZINNA I MATERIALNA (w tym konieczność opieki nad osobą zależną)** |  | |  | |  |  |
| **ZAINTERESOWANIA** |  | |  | |  |  |
| **ODBYTE KURSY/SZKOLENIA** |  | |  | |  |  |
| **CZĘŚĆ II – BADANIE PSYCHOLOGICZNE (załącznik)** | | | | | | |
| **CZĘŚĆ III – WIZJA / CEL** | | | | | | |
| **OKREŚLENIE WIZJI PRZYSZŁEJ PRACY AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ** |  | |  | |  |  |
| **CEL STRATEGICZNY - długoterminowy** |  | |  | |  |  |
| **CELE SZCZEGÓŁOWE** |  | |  | |  |  |
| **OCZEKIWANE REZULTATY** |  | |  | |  |  |
| **CZYNNIKI MOTYWACYJNE** | * ROZWÓJ/PODNIESIENIE UMIEJĘTNOŚCI * ROZWÓJ/PODNIESIENIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH * ROZWÓJ OSOBISTY * PODNIESIENIE SAMOOCENY * ZASPOKOJENIE MOŻLIWOŚCI SAMOROZWOJU I SAMOREALIZACJI * MOŻLIWOŚĆ POZNANIA NOWYCH OSÓB * MOZLIWOŚĆ „WYJŚCIA” Z DOMU * MOŻLIWOŚĆ ZAMINY ŚRODOWISKA * WIĘKSZE MOŻLIWOŚCI NA ZNALEZIENIE LUB ZMIANĘ PRACY   INNE …………………………………………………………… | |  | |  |  |
| **BARIERY UDZIAŁU  W PROJEKCIE** | * BRAK OSOBISTEJ SIECI POMOCY/WSPARCIA * BRAK WIARY WE WŁASNE SIŁY * NIEUMIEJĘTNE PLANOWANIE DZIAŁAŃ * NIEPODEJMOWANIE RYZYKA * WYCOFANIE SIĘ Z REALIZACJI CELÓW * BEZCZYNNOŚĆ * ZAPOMNIENIE O WYZNACZONYCH CELACH * NEGATYWNE, NIEPRZYJEMNE REAKCJE OTOCZENIA * BRAK MOTYWACJI DO DZIAŁANIA * OGRANICZENIA ZDROWOTNE * TRUDNOŚCI W NAWIĄZYWANIU KONTAKTÓW * OGRANICZONA MOBILOŚĆ * SYTUACJA RODZINNA (NP. OPIEKA NAD DZIECKIEM) * INNE ……………………………………………… | |  | |  |  |
| **DIAGNOZA ZASOBÓW, POTENCJAŁU I DEFICYTÓW UP WPŁYWAJĄCE NA REALIZACJĘ ZAŁOŻONYCH CELÓW** | | | | | | |
| **ZASOBY:**  **POTENCJAŁ:**  **DEFICYTY:** | | | | | | |
| **CZĘŚĆ IV – ZAPLANOWANA ŚCIEŻKA WSPARCIA WRAZ Z UZASADNIENIEM**  **PLAN EDUKACYJNO – ROZWOJOWY** | | | | | | |
| **DZIAŁANIE 1:** | **KURS JĘZYKA POLSKIEGO** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | | **□ NIE** | | |
| **SPOSÓB:** | Zajęcia grupowe | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** |  | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 2:** | **INDYWIDUALNE PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE – WSPARCIE PSYCHOLOGA** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Spotkania indywidualne | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** |  | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 3:** | **INDYWIDUALNE PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE – WSPARCIE PORADNIKA SPOŁECZNO – OBYWATELSKIEGO** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Spotkania indywidualne | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** |  | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 4:** | **INDYWIDUALNE PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE – WSPARCIE PRAWNIKA** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Spotkania indywidualne | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** |  | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 5:** | **INDYWIDUALNE PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE – WSPARCIE TERAPEUTY Z ZAKRESU PSYCHOTRAUMATOLOGII** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Spotkania indywidualne | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** |  | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 6:** | **INDYWIDUALNE PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE – WSPARCIE TŁUMACZA JĘZYKA UKRAIŃSKIEGO** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Wsparcie tłumacza podczas uczestnictwa w poszczególnym formach wsparcia o charakterze indywidualnym | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** |  | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 7:** | **WARSZTATY WIZERUNKOWE POŁĄCZONE Z METAMORFOZĄ** | | | | | |
| **DOTYCZY:**   1. **warsztat** 2. **metamorfoza** | 1. **□ TAK** 2. **□ TAK** | | 1. **□ NIE** 2. **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Warsztaty grupowe / indywidualne metamorfozy | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** | 16h | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |  |
| **DZIAŁANIE 8:** | **WARSZTATY KULTUROWO – AKTYWIZUJĄCE:**  *„Uwarunkowania społeczno – gospodarcze Polski”*  *„Malowanie na płótnie”*  *„Las w słoiku”*  *„Koło Gospodyń Wiejskich jako forma aktywizacji społecznej wśród obywateli Polski”*  *„Rysunek jako sztuka wyrażania siebie”*  *„Biały śpiew – co łączy Nas Słowian?”* | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Warsztaty grupowe | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:** | 8h warsztat x 6 warsztatów | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 9:** | **WYZAZDY KULTUROWO – KRAJOZNAWCZE: EKO FARMA** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Wyjazd grupowy | | | | | |
| **WYMIAR WSPARCIA:**  **- warsztaty z zakresu zielonych kompetencji**  **- warsztat kulinarny** | 8h  5h | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **DZIAŁANIE 10:** | **WYZAZDY KULTUROWO – KRAJOZNAWCZE: WYJŚCIE DO MUZEUM** | | | | | |
| **DOTYCZY:** | **□ TAK** | | **□ NIE** | | | |
| **SPOSÓB:** | Wyjście grupowe | | | | | |
| **WMIAR WSPARCIA:** | ok. 1,5h | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI:** |  | | | | | |
| **UZASADNIENIE** |  | | | | | |
| **ZAKOŃCZENIE PLANU EDUKACYJNO – ROZWOJOWEGO** | | | | | | |
| **TERMIN** |  | | | | | |
| **WARUNKI** |  | | | | | |

|  |
| --- |
| **WNIOSKI Z PRZEPROWADZONEJ DIAGNOZY – INFORMACJA ZWROTNA DLA UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data i podpis psychologa | Data i podpis coacha rozwoju osobistego |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data i podpis tłumacza języka ukraińskiego | Data i podpis trenera językowego |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Oświadczam, że przystępując do diagnozy zostałam/em poinformowany/a o jej celach i założeniach, a także o swoich prawach i obowiązkach wynikających z zaplanowanych działań w ramach planu edukacyjno – rozwojowego.

Oświadczam, że informacje zawarte w Indywidualnym Planie Edukacyjno – Rozwojowym są prawdziwe.

Oświadcza, że spełniam warunki Uczestnictwa w projekcie oraz, że informacje na podstawie których zostałem/łam zakwalifikowany/a do udziału w projekcie są prawdziwe i aktualne.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z przeprowadzoną diagnozą się z nią zgadzam.

Zobowiązuję się do:

* pełnego i aktywnego realizowania wspólnie ustalonych działań,
* przestrzegania ustalonych form współpracy i terminów spotkań,
* informowania realizatora projektu o efektach podjętych działań lub zaistniałych zmianach   
  w jej sytuacji.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Podpis uczestnika projektu |