

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ПОМОЩИ

ФИО ребенка		Дата рождения	
ЕЖС*	Общие цели**	Ситуационные цели (да/нет)	
		Специфическая активность в ситуации	Вовлеченность в ситуацию
Исполнитель со стороны семьи		Подпись	
Ведущий специалист		Подпись	
Часов в неделю		Часов всего	
Специалист 1			
Часов в неделю		Часов всего	
Дата составления		Срок действия	
		Количество часов ИТОГО	
Услуги ранней помощи		Формы работы	
		очно/дистанционно	индивидуально/с семьей/в детско-родительской группе

*- **ЕЖС**- естественные жизненные ситуации (в соответствии с доменами разделов составляющей «Активность и участие» МКФ) - например, «прием пищи»;

** - **Общие цели** - цели, не имеющие специфики для ситуации, например, «нахождение в положении сидя» (в соответствии с категориями МКФ)

*** - **Ситуационные цели** - цели, специфические для ЕЖС: а) **специфическая активность в ситуации**, например, самостоятельная еда густой пищи при помощи ложки (в соответствии с категориями МКФ); б) **вовлеченность в ситуацию**, например, вовлеченность в ситуацию приема пищи

Форма направления детей в организацию, предоставляющую услуги по ранней помощи

(для детей в возрасте до 3-х лет)

Лого или штамп

организации

НАПРАВЛЕНИЕ

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Ребенок (ФИО) _____

Дата рождения «__» _____ 20__ г.,

полных _____ лет _____ месяцев,

направляется в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи.

Основание:

- ребенок имеет статус «ребенок-инвалид»: да, нет

- ребенок имеет стойкое нарушение функций организма: да, нет

(указать при наличии)

- ребенок имеет заболевание, приводящее к нарушениям функций организма: да, нет

(указать при наличии)

- ребенок отстает в развитии или имеет ограничения (указать при наличии):

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Наличие задержки или ограничения без уточнения степени	
Способность к самообслуживанию	да	нет
Способность к передвижению	да	нет
Способность к ориентации	да	нет
Способность к общению	да	нет
Способность к обучению	да	нет
Способность к контролю за своим поведением	да	нет

Врач _____

подпись

/ _____ /

расшифровка подписи

место печати организации

Дата выдачи «__» _____ 20__