|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ПОМОЩИ**  Имя ребенка: Дата рождения:  Возраст ребенка:  Семь полная, мама:  Планируемый срок реализации ИПРП: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( месяцев)  Даты проведения промежуточной оценки эффективности ИПРП: 1.\_\_ 2.\_\_\_ 3. 12.\_\_\_   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Место реализации ИПРП | на дому | |  | | в организации | |  | | | Форма реализации ИПРП | очно | |  | | дистанционно | |  | | | индивидуально |  | | с семьей |  | в группе | |  |   **Цели ИПРП:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Область жизнедеятельности МКФ\*** | **Цели ИПРП**  **для ребенка** | **Цели ИПРП**  **для семьи /основных ухаживающих** | | **Коммуникация** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Услуги ранней помощи, оказываемые в рамках ИПРП, условия предоставления услуг | | | | | | | | Название услуги, которая способствует достижению цели | Объем реализации услуги (количество сессий) | Продолжи-тельность 1 сессии (в минутах) | Периодичность | Перечень ЕЖС | Специалист/ специалисты | Отметка о достижении цели | |  |  |  | 1 раз в \_\_ дней (раз в \_\_) |  |  |  | |  |  |  | 1 раз в \_\_ дней (раз в \_\_) |  |  |  | |  |  |  | 1 раз в \_\_ дней (раз в \_\_) |  |  |  |   **СОГЛАСОВАНО**   |  |  | | --- | --- | | Специалисты | Родитель | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *Подпись ФИО* | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *Подпись ФИО* | |  |