УТВЕРЖДАЮ: Директор МБУ «Верхнеуральский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.А.Иванова «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОПРОВОЖДЕНИЯ**

**ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата составления ИПС |  |
| Уровень сопровождения | **ЭКСТРЕННЫЙ** |
| Замещающий родитель |  |
| Ребенок |  |
| Поставщик социальных услуг | МБУ «Верхнеуральский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей» |
| Основной разработчик план, куратор | Отделение содействия устройству детей, оставшихся без попечения родителей, сопровождение замещающих семейСоциальный педагог:  |
| Сроки реализации плана |  |
| Ключевая цель сопровождения | оказание помощи семье с целью предотвращения ее распада  |

**План мероприятий по сопровождению**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование мероприятия | Срок исполнения/периодичность | Отметка о выполнении | Ответственные исполнители |
| Социально-психологическое направление |
| 1 | Патронаж семьи по месту жительства | в течение 3-х рабочих дней с момента составления ИПС, далее по необходимости |  | педагог-психолог отделения |
| 2 | Диагностика: | не менее 1 раза в месяц |  | педагог-психолог отделения |
| обследование личности замещающего родителя |
| обследование личности ребенка |
| 3 | Индивидуальное консультирование замещающего родителя | не менее 1 раза в 2 недели/по запросу |  | педагог-психолог отделения |
| 4 | Индивидуальное консультирование несовершеннолетнего | не менее 1 раза в 2 недели/по запросу |  | педагог-психолог отделения |
| Социально-педагогическое направление |
| 5 | Патронаж семьи по месту жительства | в течение 3-х рабочих дней с момента составления ИПС, далее по необходимости |  | социальный педагог отделения  |
| 6 | Консультирование замещающих родителей | не менее 1 раза в 2 недели/по запросу |  | социальный педагог отделения |
| 7 | Консультирование несовершеннолетнего | не менее 1 раза в 2 недели/по запросу |  | социальный педагог отделения |
|  |
| 8 | Консультирование | по запросу |  | Специалисты отделения |

Согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись законного представителя) (фамилия, инициалы)

Второй экземпляр получен на руки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_