

ადრეული ინტერვენციის მომსახურების შეწყვეტის / მომსახურებიდან გასვლის გეგმა

(იწერება ბავშვის სახელი, გვარი)

შეგების თარიღი: -----

ადრეული ინტერვენციის სპეციალისტი:-----

<p>ადრეული ინტერვენციის მომსახურების შეწყვეტის ინიციატორი:</p> <p>ოჯახი</p> <p>მომსახურების მიმწოდებელი</p>		<p>მშობელი თანახმაა ადრეული ინტერვენციის მომსახურების შეწყვეტაზე</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა</p>	
<p>მომსახურების შეწყვეტის მიზეზი:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ბავშვის ასაკი - სხვა მომსახურებაში გადასვლა - მომსახურება ვერ აკმაყოფილებს ბავშვის საჭიროებებს - ოჯახი არ არის ჩართული მომსახურების განხორციელებაში - ოჯახი იცვლის საცხოვრებელ ადგილს - სხვა: 			
<p>მომსახურებიდან გასვლისთვის საჭირო აქტივობები</p>		<p>შესრულებაზე პასუხისმგებელი პირი / ები</p>	<p>შესრულების ვადა</p>
<p>1. ოჯახის მიერ მოთხოვნილი დოკუმენტების მომზადება (ბავშვის შეფასება, ინდივიდუალური გეგმა, ბავშვის მთლიანი საქალაქო)</p>			
<p>2.სხვა:</p>			
<p>3.სხვა:</p>			

ხელმოწერები:

ბავშვის კანონიერი წარმომადგენელი: -----
თარიღი:-----

პროგრამის წარმომადგენელი: -----