

## ოჯახის ინდივიდუალური მომსახურების გეგმის გადასინჯვის ფორმა

ბავშვის სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_

კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის სახელი და გვარი: \_\_\_\_\_

სპეციალისტი: \_\_\_\_\_ გადასინჯვის თარიღი: \_\_\_\_\_

გეგმა N

**მიღწევის კრიტერიუმები:**

- 2 ქულა - შედეგი ვლინდება საჭიროებისამებრ სულ მცირე ერთი კვირის განმავლობაში სტაბილურად დროში და ფუნქციურად იყენებს ყოველდღიურ ცხოვრებაში.
- 1 ქულა - შედეგი ვლინდება არასტაბილურად დროში, ნაწილობრივ ან/და შესრულების ხარისხი საჭიროებს გაუმჯობესებას ; ან და არ ხდება მისი გამოყენება ყოველდღიურ ცხოვრებაში.
- 0 ქულა - შედეგი არ ვლინდება.

N	ფუნქციური მისაღწევი შედეგი	მიღწეული შედეგი	2 - შესრულდა 1 - ნაწილობრივ შესრულდა / გრძელდება მუშაობა 0 - ვერ შესრულდა
1			
2			
3			
4			

*\*მომსახურების მიმწოდებელს შეუძლია სტანდარტულ ფორმაში წარმოადგინოს დამატებითი პუნქტები / ინფორმაცია, საკუთარი შეხედულების მიხედვით*

5			
6			

ოჯახის ინდივიდუალური მომსახურების გეგმაში ცვლილების საჭიროება:

---



---



---



---



---

ცვლილებები დეტალურად აისახება გეგმა N \_\_\_\_\_

ხელმოწერები:

\_\_\_\_\_

ბავშვის კანონიერი წარმომადგენელი/მინდობით აღმზრდელი

\_\_\_\_\_

სპეციალისტი

*\*მომსახურების მიმწოდებელს შეუძლია სტანდარტულ ფორმაში წარმოადგინოს დამატებითი პუნქტები / ინფორმაცია, საკუთარი შეხედულების მიხედვით*