



**Департамент здравоохранения,
труда и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 23.11. 2017 г. № 3061
г. Нарьян-Мар

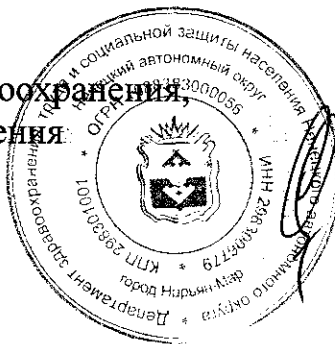
**О внесении изменения в форму индивидуального
плана развития и жизнеустройства ребенка**

В целях обеспечения и защиты прав и законных интересов детей, находящихся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 24.05.2014 № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»:

1. Внести изменение в форму индивидуального плана развития и жизнеустройства ребенка, утвержденную распоряжением Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа от 23.11.2016 № 3615, изложив ее в новой редакции согласно Приложению.

2. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

Руководитель Департамента здравоохранения,
труда и социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа



С.А. Свиридов

Приложение к распоряжению
Департамента здравоохранения, труда и
социальной защиты населения
Ненецкого автономного округа
от 23.11.2017 № 3061
«О внесении изменения в форму
индивидуального плана развития и
жизнеустройства ребенка»

Форма

СОСТАВЛЕН:

Директор _____

наименование организации для детей-сирот и
детей, оставшихся без попечения родителей

УТВЕРЖДЕН:

наименование органа опеки и попечительства
по месту жительства (нахождения) ребенка

« _____ »

20

(расшифровка подписи)

Г.

М.П.

« _____ »

20

(расшифровка подписи)

Г.

М.П.

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН РАЗВИТИЯ И ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА
РЕБЕНКА**

(наименование организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения (при наличии))

I. Базовая часть

Фамилия, имя, отчество (при наличии), год рождения _____

Дата поступления в организацию: _____

Состояние здоровья: _____

Заключение и рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии:

Наставник ребенка (сотрудник/привлеченный) _____

История жизни:

Временной период с ____ по ____	Срок (количество месяцев, лет)	Место пребывания ребенка, адрес	Контактные данные лица, владеющего информацией о ребенке (по месту пребывания ребенка)

Родственные связи:

№	Фамилия, имя, отчество (при наличии) родственника	Степень родства	Статус (лишение (ограничение) родительских прав, розыск, в местах лишения свободы, признан недееспособным и др.)	Место жительства, телефон
1.				
2.				
3.				

Особенности травматического опыта ребенка:

Описание развития и жизнеустройства ребенка по итогам периода адаптации
(заполняется через месяц после поступления ребенка в учреждение)

Воспитатель:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Психолог:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Социальный педагог:

(подпись)

(расшифровка подписи)

II. Комплексное сопровождение воспитанника за отчетный период

Мероприятия, направленные на передачу ребенка в биологическую семью:

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности

Мероприятия, направленные на устройство ребенка в замещающую семью:

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности

Мероприятия, направленные на развитие ребенка:

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности

Мероприятия по оздоровлению и формированию здорового образа жизни:

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности

Мероприятия по профориентации:

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности

Мероприятия по профилактике правонарушений и самовольных уходов:

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности

Мероприятия по защите имущественных прав (алименты, обеспечение жильем, управление имуществом и др.):

№ п/п	Мероприятие, его содержание	Сроки выполнения	Результаты деятельности
