**TANÁCSADÁSI ESETLAP**

egyéni foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás igazolása

Munkavállaló:

Név:

Munkakör:

A szolgáltatás helyszíne:

Szolgáltatást nyújtó munkatárs neve: ………………………………. elérhetősége: ………………………..

**Az igénybevett foglalkozási rehabilitációs szolgáltatás típusa:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szolgáltatás megnevezése** | **Szolgáltatás témaköre és rövid tartalma** | **Szolgáltatás időpontja** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Korábban megfogalmazott, vagy újonnan azonosított szükségletek és megoldandó problémák: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tanácsadó szakmai véleménye, megoldási javaslatok, előrehaladás:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanácskérő (munkavállaló) új feladatai:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tanácsadás típusát illetően az adott szolgáltatás típus lezárásra került1:

|  |  |
| --- | --- |
| Igen | Nem |

Amennyiben nem került lezárásra, akkor a következő tanácsadás időpontja: …………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| További szolgáltatási típus és / vagy mennyiség javasolt a tanácsadó szerint: | | |
| *Szükséges és javasolt* | Nem szükséges |

A tanácsadó által tett javaslat:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Szolgáltatási típus:** | **Többlet javaslat esetén alkalmak száma** | **Javasolt soron következő időpont** | **Lezárás esetén megvalósult alkalmak száma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Indoklás / megjegyzés:

Kelt, , év hó nap

tanácsadó

A fenti szolgáltatást a megjelölt időpontpontban igénybe vettem:

munkavállaló

**PÁLYATERV**

Foglalkozási rehabilitációs pályatanácsadáshoz és foglalkozási rehabilitációt elősegítő újraorientáló foglalkozáshoz

**Munkavállaló:**

Név:

Születési név: …

Anyja neve:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Lakóhely/tartózkodási hely:

**Szolgáltatást nyújtó:**

A szervezet megnevezése:

A szolgáltatás helyszíne:

Szolgáltatást nyújtó munkatárs neve elérhetősége: …………………………..

Lehetséges képzési irányok:



Megjelölt képzési irányokhoz kapcsolható képzések:



Megjelölt képzésekhez kapcsolható munkakörök:



Kelt, , év hó nap

….............................................. ….........................................

szolgáltatást nyújtó munkavállaló

**Összefoglaló csoportos szolgáltatás nyújtásáról**

Szolgáltató szervezet neve:

Csoportos szolgáltatás megnevezése:

Csoportos szolgáltatás kezdési időpontja:

Csoportos szolgáltatás záró időpontja:

Csoportos szolgáltatás helyszíne:

Csoportvezető(k) neve:

Csoportos szolgáltatás össz. óraszáma:

Csoport létszáma: fő

**MEGVALÓSULT TEMATIKA**

1. **nap – ………………………… (dátum) ………… (óraszám)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idő (tól-ig)** | **Cél** | **Módszer** | **Történések, események** | **Megjegyzés** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **nap – ………………………… (dátum) ………… (óraszám)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idő (tól-ig)** | **Cél** | **Módszer** | **Történések, események** | **Megjegyzés** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **nap – ………………………… (dátum) ………… (óraszám)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idő (tól-ig)** | **Cél** | **Módszer** | **Történések, események** | **Megjegyzés** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Kelt:…………….., ……….… év ………. hónap …….. nap

…..…………………………..……………………..

csoportvezető tanácsadó