Załącznik nr 2

Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Wzór

**Karta realizacji działań w ramach Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025**

Imię i nazwisko uczestnika:

Edycja uczestnika:

Realizowany Moduł:

Karta zawiera: Indywidualny plan działania uczestnika, Kartę realizacji zadania oraz Listę obecności uczestnika.

**Indywidualny plan działania uczestnika**

1. Okres realizacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Planowane rozpoczęcie |  | Rozpoczęcie |  |
| Planowane zakończenie |  | Zakończenie |  |

1. Zakres podejmowanych działań:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Moduł I - Doradztwo zawodowe i planowanie kariery uczestnika Programu oraz pomoc w uzyskaniu zatrudnienia | tak | nie |
| 1. indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym | □ | □ |
| 1. warsztaty dotyczące planowania kariery, przygotowania CV i rozmów kwalifikacyjnych | □ | □ |
| 1. analiza kompetencji i wsparcie uczestnika Programu w wyborze ścieżki zawodowej | □ | □ |
| 1. wsparcie w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania prowadzącego do podjęcia zatrudnienia przez uczestnika Programu | □ | □ |
| 1. wsparcie w poszukiwaniu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umów cywilnoprawnych, z uwzględnieniem m.in. pracy zdalnej, różnych form organizacji czasu pracy, pracy w różnych wymiarach czasu pracy, zatrudnienia na czas określony, pracy tymczasowej, zatrudnienia na czas wykonania określonej pracy | □ | □ |
| 1. wsparcie w poszukiwaniu programów stażowych i mentoringowych | □ | □ |
| 1. wsparcie w poszukiwaniu pracodawców oferujących zatrudnienie na warunkach umożliwiających łączenie obowiązków zawodowych z obowiązkami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością | □ | □ |
| 1. wsparcie w założeniu własnej działalności gospodarczej przez uczestnika Programu | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Moduł II - Wsparcie psychologiczne i społeczne uczestnika Programu oraz podnoszenie kwalifikacji uczestnika Programu przez udział w szkoleniach i kursach | tak | nie |
| 1. warsztaty radzenia sobie ze stresem | □ | □ |
| 1. konsultacje z psychologiem i coachem kariery | □ | □ |
| 1. warsztaty o tematyce przeciwdziałania wykluczeniu i izolacji społecznej opiekunów osób niepełnosprawnych | □ | □ |
| 1. warsztaty albo konsultacje mające na celu poprawę relacji rodzinnych i społecznych oraz równowagi między życiem zawodowym a osobistym | □ | □ |
| 1. szkolenia o charakterze warsztatowym dotyczące np. zarządzania czasem, negocjacji, asertywności, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie z konfliktami, inteligencji emocjonalnej, pracy zespołowej | □ | □ |
| 1. kursy komputerowe dostosowane do poziomu zaawansowania obsługi komputera przez uczestnika Programu | □ | □ |
| 1. szkolenia lub kursy z obszaru już posiadanych umiejętności/kwalifikacji - aktualizacja wiedzy po przerwie w wykonywaniu pracy | □ | □ |
| 1. szkolenia lub kursy zawodowe pozwalające uzyskać nowe kompetencje i/lub uprawnienia zawodowe | □ | □ |

1. Terminarz spotkań

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zadanie | Planowana liczba spotkań | Termin, godzina, adres | Koszt realizacji zadania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Cele

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Cel | Zrealizowany |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Karta realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Zadanie |  |
| Data |  |
| Liczba godzin |  |
| Osoba realizująca zadanie |  |
| Opis |  |
| Efekt |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie

**Karta realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Zadanie |  |
| Data |  |
| Liczba godzin |  |
| Osoba realizująca zadanie |  |
| Opis |  |
| Efekt |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie

**Karta realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Zadanie |  |
| Data |  |
| Liczba godzin |  |
| Osoba realizująca zadanie |  |
| Opis |  |
| Efekt |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie

**Karta realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Zadanie |  |
| Data |  |
| Liczba godzin |  |
| Osoba realizująca zadanie |  |
| Opis |  |
| Efekt |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie

**Karta realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Zadanie |  |
| Data |  |
| Liczba godzin |  |
| Osoba realizująca zadanie |  |
| Opis |  |
| Efekt |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie

**Karta realizacji zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Zadanie |  |
| Data |  |
| Liczba godzin |  |
| Osoba realizująca zadanie |  |
| Opis |  |
| Efekt |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie

**Lista obecności uczestnika**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Spotkanie | Obecny | Podpis uczestnika | Podpis osoby realizującej zadanie |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

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

Data i podpis uczestnika Data i podpis osoby realizującej zadanie