



T.C.  
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI  
..... İL MÜDÜRLÜĞÜ

**BİREYSEL BAKIM PLANI RAPORU**

BAKIM PLANI YAPILAN BİREYİN DURUMU :		X ENGELLİ	YAŞLI
<b>BAKIMA MUHTAÇ ENGELLİNİN KİMLİK BİLGİLERİ</b>			
Adı Soyadı :	?	<b>Formun Düzenlenme Tarihi :</b> <span style="float: right;"><b>10.09.2015</b></span> <b>Formun Değerlendirme Tarihi:</b>	
Cinsiyeti :	?		
Engel Grubu(zihinsel, bedensel, ruhsal):	?		
Anne Adı :	?		
Baba Adı :	?		
İkametgah adresi :	?		
TC Kimlik No :	?		
<b>BAKIM HİZMETİNİ AKRABA VERECEK İŞE KİMLİK BİLGİLERİ VE VERİLECEK BAKIM HİZMETLERİNE DAİR TAAHHÜT</b>		<b>BAKIM HİZMETİNİ ÖZEL BAKIM MERKEZİ VERECEK İŞE KURULUŞ BİLGİLERİ, VERİLECEK HİZMET TÜRÜ, VERİLECEK BAKIM HİZMETLERİNE DAİR TAAHHÜT ve VERİLEN BAKIM</b>	
Adı Soyadı :	?	Merkezin adı	Tarih ve merkez sorumlu müdürünün bakım hizmetlerinin tarihleri arasında bu formda belirlendiği şekilde verildiğine dair imzası
Doğum Yeri ve Tarihi :	?	Merkezin adresi	
Cinsiyeti :	?	Merkez kurucusunun adı	
Anne Adı :	?	Bakıma muhtaç engelliye verilecek hizmet türü (Yatılı, gündüzlü tam gün veya yarım gün, evde bakım gibi)	
Baba Adı :	?	Tarih ve merkez sorumlu müdürünün bakım hizmetlerinin bu formda belirlendiği şekilde verileceğine dair imzası	
Engelliye yakınlık durumu:	?		
(Anne, baba, amca, komşu, vasi, tanıdık veya görevli gibi)			
Tarih ve akrabaların bakım hizmetlerini bu formda belirlendiği şekilde vereceğine dair imzası:			

<b>BAKIM HİZMETLERİNİN ANALİZİ</b>						
KİŞİSEL BAKIM HİZMETLERİ	BAŞKASININ YARDIMI VE BAKIMINA İHTİYAÇ			HİZMETLERİN ASGARİ SUNULMA SIKLIĞI	HİZMETİN VERİLME ŞEKLİ VEYA NASIL VERİLECEĞİ	DEĞERLENDİRME
	VAR	YOK	KISMEN VAR			
1. Banyo yaptırılması	0	X	0	Haftada bir gün	En az haftada bir gün banyo yaptırılacak	
2. Tuvalet ihtiyacını gidermede yardım edilmesi ve gerektiğinde temizliğinin yapılması	0	X	0	Gerektiğinde	Gerektiğinde tuvalet ihtiyacı karşılanacak	
3. Tınakların kesilmesi	0	X	0	Her hafta	Her hafta düzenli olarak tınakları kesilecek	
4. Saçlarının taranması	0	X	0	Her gün	Her gün saçları taranacak	
5. Dişlerinin temizlenmesi	0	X	0	Günde iki defa	Sabah ve akşam dişleri fırçalanacak	
6. Yemek ve içecek ihtiyacının giderilmesi	0	X	0	Günde en az üç öğün	Günde en az üç öğün yemek ihtiyacı karşılanacak	
7. El, yüz ve ayak temizliği	0	X	0	Her gün	Her gün el, yüz ayak temizliği yapılacaktır	
8. Sakal tıraşının yapılması	0	X	0	Gerektiğinde	Gerektiğinde sakal tıraşı yapılacaktır	
9. İstenmeyen tüylerin temizlenmesi	0	X	0	Gerektiğinde	Gerektiğinde istenmeyen tüyler temizlenecek	
10. Elbiselerinin giydirilmesi ve çıkarılması	0	X	0	Her gün	Her gün düzenli ve temiz elbiseler giydirilecek	
11. Burun ve kulak temizliğinin yapılması	0	X	0	Her gün	Her gün burun ve kulak temizliği yapılacaktır	
12. Yatağının temizlenmesi ve düzeltilmesi	0	X	0	Her gün	Her gün yatağı temizlenip düzeltililecek	
13. Odasının temizlenmesi	0	X	0	Her gün	Her gün düzenli olarak oda temizliği yapılacaktır	
14. Çamaşırlarının yıkanması	0	X	0	Gerektiğinde	Gerektiğinde çamaşırlar yıkanacaktır	
15. Tehlikelere karşı korunması ve gözetilmesi	0	X	0	Her zaman	Her zaman tehlikelere karşı gözetilip korunacaktır	
16. Diğer (varsa belirtiniz, birden fazla maddeye ihtiyaç var ise ilave ediniz).	0	X	0			



T.C.  
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI  
MANİSA İL MÜDÜRLÜĞÜ

**BİREYSEL BAKIM PLANI RAPORU**

PSİKO SOSYAL DESTEK HİZMETLERİ	İHTİYAÇ			AMAÇ / HEDEF	AMACA / HEDEFE YÖNELİK ÖNGÖRÜLEN ÇALIŞMALAR	DEĞERLENDİRME
	VAR	YOK	KISMEN VAR			
1. Bakıma muhtaç engelli ailesinin, engelliye ve engel durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik hizmetler		X				
2. Bakıma muhtaç engellinin engelinin, mevcut durumunu ve yerleştirildiği ortamı kabullenmesine, bilgilendirilmesine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik hizmetler		X				
3. Engelli ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik hizmetler		X				
4. Engellinin bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetleri		X				
5. Engellinin terk edilme, ret edilme, engel durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik gibi olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon ve stres gibi durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik hizmetler		X				
6. Diğer (varsa belirtiniz, birden fazla maddeye ihtiyaç var ise ilave ediniz).						

<b>Formu Hazırlayan Komisyonun</b>			
Adı Soyadı :	0 0	0 0	0 0
Görevi :	0	0	0
İmzası :			

<b>Kontrol Eden Görevlinin</b>	
Adı Soyadı :	Görevi:
Kontrol Tarihi:	
İmzası :	