

유효기간	년 월 일 ~ 년 월 일
작성일	년 월 일
담당자	

()년도 개인별지원계획

1. 아동 인적 사항

성명		생년월일	년 월 일
성별	(남, 여)	장애유형 및 장애정도	
소속		학교 형태	[]특수학교 []유치원 []일반학교 특수학급 []어린이집 []일반학교 일반학급 []기타()
보호자 성명		학생과의 관계	
연락처 (보호자)		주소	

2. 현재 발달 및 수행 수준

영역	강점	약점
특이사항		

3. 복지지원 목표

장기목표 (연간)	
단기목표-1 (월간)	
단기목표-2	

4. 복지지원 내용

복지지원		복지지원 내용					
유형	하위 유형	이용시간 (매주 __요일 __시~__시, __시간)	월간 이용시간 (주당 이용시간)	월간 이용권 금액	제공기관명 (담당자)	복지지원 장소	제공기간 (시작일 ~ 종료일)
의료비 지원							
보조기구 지원							
발달재활 서비스	언어재활서비스						
	미술재활서비스						
	음악재활서비스						
	놀이재활서비스						
	행동재활서비스						
	심리·운동재활서비스						
	기타()						
보육지원							
가족지원	가족상담						
	가족교육						
돌봄 및 일시적 휴식지원	돌봄지원						
	휴식지원						
지역사회 전환 서비스 지원							
문화, 예술, 스포츠, 교육, 주거 지원							
기타							

5. 평가	
-------	--

6. 개인별지원계획 수립 참여자 확인

[illegible]