

개인별지원계획서

※[]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞 쪽)

계 획 수 립 일			담 당 자
년	월	일	

■ 대상자 기본사항

성명					주민등록번호			
주소								
실거주지 (주소와 다를 경우)								
연락처		자택				휴대전화		
비상 연락처		①성명	관계	연락처		②성명	관계	연락처
가구형태		☐ 독거 ☐ 비독거 (☐ 부부 ☐ 노부모 ☐ 성인자녀 ☐ 조손 ☐ 형제자매 ☐ 장애인 가구 ☐ 한부모 가구 ☐ 다문화 가구 ☐ 친척·지인 ☐ 기타()						
		가구원 수 (명)		가구 내 등록장애인 수 (명)				
사회보장수급권		국민기초생활보장제도(☐ 생계급여 ☐ 의료급여 ☐ 주거급여) ☐ 차상위 ☐ 일반(보훈) ☐ 일반가구 ☐ 기초연금 ☐ 장애인연금 ☐ 장애수당 ☐ 장애아동수당 ☐ 기타						
주수발자		☐ 없음 ☐ 배우자 ☐ 부모 ☐ 자녀(며느리, 사위 포함) ☐ 손자녀 ☐ 친인척 ☐ 친구·이웃 ☐ 사적간병인 ☐ 공적서비스 돌봄제공자(요양보호사, 활동지원사 등) ☐ 형제·자매 ☐ 조부모 ☐ 자원봉사자 ☐ 기타						
		주수발자의 장애여부		☐ 예(장애유형:) ☐ 아니오				
		주수발자의 사회활동 여부		☐ 예 ☐ 아니오				
대상자 유형	☐	장기요양 재가급여자		☐ 1등급 ☐ 2등급 ☐ 3등급 ☐ 4등급 ☐ 5등급 ☐ 인지지원 ☐ 등급외(A, B) ☐ 기각·각하 ☐ 등급판정 신청 중				
		노인맞춤돌봄서비스		☐ 일반돌봄군 ☐ 중점돌봄군				
	65세 이상	☐ 급성기·요양병원 퇴원(예정)자(☐ 의료기관 연계 ☐ 지역사회 발굴) ☐ 장애등록/정도(☐ 심한 장애 ☐ 심하지 않은 장애) ☐ 기타() ☐ 해당 없음						
		누군가의 도움 없이 실외 보행 가능여부		☐ 예 ☐ 아니오		2주일 이내 퇴원여부		☐ 예 ☐ 아니오
	☐	장애정도		☐ 심한 장애 ☐ 심하지 않은 장애				
		장애유형		☐ 지체 ☐ 뇌병변 ☐ 시각 ☐ 청각 ☐ 언어 ☐ 지적 ☐ 자폐성 ☐ 정신 ☐ 신장 ☐ 심장 ☐ 호흡기 ☐ 간 ☐ 안면 ☐ 장루·요루 ☐ 뇌전증 * 중복시 모두 체크합니다.				
		(65세 미만)	활동지원 신청여부		☐ 예(☐ 수급자 ☐ 등급외)			
	☐ 아니오(☐ 미신청 ☐ 신청 중 ☐ 신청 예정)							
			시설퇴소 (예정)여부		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 해당 없음			

■ 주요 욕구(문제)

노인	
장애인	

■ 서비스 제공목표

1순위		2순위		3순위	
-----	--	-----	--	-----	--

■ 필요서비스 내용

구분	서비스 내용	서비스 제공주기	서비스 제공기관
보건의료		[] 주 [] 월 [] 분기 [] 비정기 [] 중단 () 회	
건강관리 예방		[] 주 [] 월 [] 분기 [] 비정기 [] 중단 () 회	
장기요양		[] 주 [] 월 [] 분기 [] 비정기 [] 중단 () 회	
일상생활 돌봄		[] 주 [] 월 [] 분기 [] 비정기 [] 중단 () 회	
주거 복지		[] () 회	
기타 (타사업)		[] 주 [] 월 [] 분기 [] 비정기 [] 중단 () 회	
종합의견			
본인 동의 및 보호자 설명	[] 실시 [] 미실시	차기 계획 검토일	년 월 일