

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	

2. Zakres podejmowanych działań:

Moduł I - Doradztwo zawodowe i planowanie kariery uczestnika Programu oraz pomoc w uzyskaniu zatrudnienia	tak	nie
a) indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) warsztaty dotyczące planowania kariery, przygotowania CV i rozmów kwalifikacyjnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) analiza kompetencji i wsparcie uczestnika Programu w wyborze ścieżki zawodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) wsparcie w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania prowadzącego do podjęcia zatrudnienia przez uczestnika Programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) wsparcie w poszukiwaniu programów stażowych i mentoringowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) wsparcie w poszukiwaniu pracodawców oferujących zatrudnienie na warunkach umożliwiających łączenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

obowiązków zawodowych z obowiązkami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością		
h) wsparcie w założeniu własnej działalności gospodarczej przez uczestnika Programu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

3. Terminarz spotkań

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

4. 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