



Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie
Ośrodek Rehabilitacyjno – Edukacyjno - Wychowawczy

..... Koszalin, dn.,.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(tel. kontaktowy)

WNIOSEK

o objęcie dziecka Wczesnym Wspomaganiem Rozwoju

Działając na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. Nr 0, poz. 1257)

wnoszę o zapewnienie mojemu dziecku,
urodzonemu w PESEL
dziecka..... wczesnego wspomagania rozwoju w Ośrodku
Rehabilitacyjno – Edukacyjno – Wychowawczym działającego przy Polskim Stowarzyszeniu na Rzecz
Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie.

Moje dziecko posiada opinię nr z dnia
o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, wydanej przez zespół Orzekający (nazwa i adres
poradni).....
.....

.....
(podpis rodzica)



Koszalin, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż moje dziecko
ur. od dnia realizuje zajęcia
w ramach wczesnego wspomagania rozwoju **wyłącznie** w Ośrodku Rehabilitacyjno – Edukacyjno –
Wychowawczym w Koszalinie.

Jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego pisemnego poinformowania ww.
placówki o rezygnacji bądź zmianie miejsca realizacji wczesnego wspomagania.

.....
(podpis rodzica/ prawnego opiekuna)



Koszalin, dnia

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZASAD PROWADZENIA TERAPII
I WSPÓŁPRACY TERAPEUTÓW Z RODZICAMI DZIECI
OBJĘTYCH WCZESYM WSPOMAGANIEM ROZWOJU**

1. Zespół terapeutów realizuje zalecenia zawarte w opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju w oparciu o zasoby rodziny i dziecka.
2. Zespół opracowuje dla dziecka indywidualny program terapeutyczny, po 6 odbytych spotkaniach, który rodzice akceptują poprzez złożenie podpisu.
3. Zajęcia odbywają się zgodnie z ilością przyznanych godzin, o ustalonej wcześniej porze w godzinach pracy ośrodka. Godzina zajęć trwa 45 minut, gdzie 30 minut przeznaczone jest na bezpośrednią pracę z dzieckiem, a 15 minut na rozmowę z rodzicem/opiekunem
4. Do ukończenia przez dziecko 3 roku życia prowadzone są zajęcia indywidualne. Od 3 roku życia dzieci mogą uczestniczyć w zajęciach grupowych (2-3 osoby).
5. Wytwory prac dziecka gromadzone są w oddzielnych teczkach, które są do wglądu rodziców.
6. Pod koniec zajęć rodzice otrzymują wskazówki do pracy w domu. Mogą też uczestniczyć w zajęciach otwartych oraz zajęciach szkoleniowych i warsztatach dla rodziców.
7. W razie choroby lub innych ważnych okoliczności uniemożliwiających udział dziecka w zajęciach, istnieje możliwość ich odpracowania. Odpracowanie godzin, termin, prowadzący terapię ustala razem z rodzicami dziecka, biorąc pod uwagę możliwości psychofizyczne i stan zdrowia dziecka, w ramach posiadanego budżetu(punkt do realizacji, w sytuacji gdy zgłoszenie nieobecności nastąpi dwa dni przed planowanymi zajęciami. Odpracowanie możliwe jest w czasie nie dłuższym niż 1 miesiąc od momentu nieobecności). W czasie nieobecności dziecka, rodzice bądź rodzzeństwo mogą korzystać z porady czy instruktażu terapeuty.
8. Zespół dokonuje oceny postępów dziecka na koniec roku szkolnego, dostarcza rodzicom rzetelnych i zrozumiałych informacji na temat potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka.
9. Na zajęciach WWRD obowiązuje wygodny, schludny strój oraz obuwie zmienne.

Otrzymałem/łam, dnia

(data i podpis)



**ZADANIA ZESPOŁU WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU
DOTYCZĄCE UDZIELANIA POMOCY I WSPARCIA RODZICOM
Z MAŁYMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI DZIEĆMI**

1. Udzielanie rodzicom pomocy w zakresie kształtowania właściwych postaw i zachowań pożądaných w kontaktach z dzieckiem, rozwijanie umiejętności dobrego komunikowania się, udzielanie porad w zakresie interpretacji zachowań dziecka, wyjaśnianie patomechanizmów zaburzeń rozwojowych dziecka.
2. Wzmacnianie więzi rodzinnych, zwiększanie poczucia kompetencji rodzicielskich i satysfakcji w procesie wychowania.
3. Dostarczanie wsparcia emocjonalnego, pomoc w przepracowaniu trudnych przeżyć, pomoc w procesie akceptacji dziecka jako osoby niepełnosprawnej, modelowanie sytuacji prowadzących do rozwiązywania bieżących problemów rodzinnych.
4. Udzielanie instruktażu w zakresie pracy z dzieckiem, prowadzenie zajęć otwartych, prezentowanie ćwiczeń, uczenie podstawowych technik stymulowania rozwoju dziecka, organizowanie zajęć szkoleniowych i warsztatowych dla rodziców, udostępnianie fachowej literatury.
5. Dostarczanie rodzicom informacji pomocy w zakresie odpowiedniej organizacji środowiska domowego, udziału wszystkich domowników w opiece nad dzieckiem, w doborze przedmiotów do zabawy dostosowanych do etapu rozwoju, potrzeb, możliwości i preferencji dziecka, tak by stymulowały jego rozwój (z uwzględnieniem również potrzeb rodzeństwa).
6. Pomoc w pozyskiwaniu i wykorzystywaniu odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.
7. Zapoznanie z treścią i celami planu wspomagania rozwoju, włączanie w proces terapii.
8. Interpretowanie diagnoz innych specjalistów.
9. Zapoznanie z postępami dziecka oraz jego deficytami rozwojowymi. Dostarczanie rodzicom rzetelnych i zrozumiałych informacji na temat potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka, tak by mieli realistyczny ogłąd sytuacji i realistyczne oczekiwania do rozwoju dziecka, zgodne z jego możliwościami i etapem funkcjonowania.
10. Kierowanie w razie potrzeb do specjalistycznych poradni służby zdrowia.
11. Informowanie o ofercie diagnostyczno – terapeutycznej i rehabilitacyjnej w istniejących placówkach.
12. Umożliwienie kontaktu z innymi rodzicami w celu wymiany doświadczeń, przełamywania poczucia osamotnienia i izolacji (prowadzenie grup wsparcia) oraz z organizacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych.

Otrzymałam/łem, dnia

(data i podpis)



Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....

(adres zamieszkania)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a upoważniam:

1....., legitymującego/cą się dowodem osobistym
....., urodzonego/ną.....
(seria i numer) (data i miejsce)

.....
(tel. kontaktowy)

2....., legitymującego/cą się dowodem osobistym
....., urodzonego/ną.....
(seria i numer) (data i miejsce)

.....
(tel. kontaktowy)

3....., legitymującego/cą się dowodem osobistym
....., urodzonego/ną.....
(seria i numer) (data i miejsce)

.....
(tel. kontaktowy)

**do odbioru mojego syna/córki z Ośrodka Rehabilitacyjno –
Edukacyjno – Wychowawczego w Koszalinie do czasu odwołania przez mnie upoważnienia.**

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)