

Județul _____

UAT _____

Serviciul Public de Asistență Socială/Compartimentul de asistență socială

Aprob,
Primar,

PLANUL DE SERVICII

Numele și prenumele copilului _____

CNP _____

Mama _____

Tata _____

Reprezentant legal al copilului _____

Domiciliul _____

Data realizării/revizuirii Planului de servicii _____

Dosar nr./data _____

Motivul întocmirii/revizuirii Planului de servicii _____

Responsabil de caz _____

Membrii echipei și instituția din care provin

_____**1) Beneficii**

Tipul	Cuquantumul/cantitatea	Instituția responsabilă	Perioada de acordare	Data începerii

2) Servicii pentru copil

Tipul	Obiective generale	Instituția responsabilă	Data începerii	Perioada de desfășurare	Responsabil de intervenție
Prevenirea separării copilului de părinți					
Educație formală și nonformală					
Sănătate					
Reabilitare					

Altele					
--------	--	--	--	--	--

3) Servicii pentru familie

Tipul	Obiective generale	Instituția responsabilă	Data începerii	Perioada de desfășurare	Responsabil de intervenție
Prevenirea separării copilului de părinți					
Educație formală și nonformală					
Sănătate					
Reabilitare					
Altele					

Observații _____

Responsabil de caz _____

Membrii echipei _____