

Приложение 2
к Положению

Утверждаю:
Председатель межведомственной
рабочей группы по развитию
муниципальной системы
комплексного сопровождения
людей с расстройствами
аутистического спектра и другими
ментальными нарушениями

« ___ » _____ 20__ г.

Форма непрерывного индивидуального маршрута
комплексной реабилитации лиц с расстройствами аутистического спектра и
другими ментальными нарушениями

Дата разработки « ___ » _____ 20__ г.

ФИО лица: _____

Дата рождения: _____

Адрес места жительства: _____

ФИО законных представителей: _____

Контактный телефон: _____

Направление реабилитации, сопровождения/услуги	Наименование поставщика услуги (исполнителя)	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Отметка об исполнении
Медицинская реабилитация, а также другие медицинские мероприятия (медикаментозное, оперативное, высокотехнологичная медицинская помощь, скорая медицинская помощь и др.)				
Педагогическая реабилитация (формы обучения, адаптированная общеобразовательная программа)				

Психологическая реабилитация (диагностика, консультирование коррекция)				
Социальная реабилитация (тренировка навыков и умений в самостоятельной независимой жизни, формирование социально-значимых навыков и умений, в том числе социального поведения)				
Профессиональная ориентация (диагностика трудовых навыков, прогноз трудоустройства)				

Члены межведомственной группы:

_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)
_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)
_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)
_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)
_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)

С содержанием индивидуального маршрута комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями и молодых инвалидов согласен

(подпись получателя или его
законного представителя)

(расшифровка подписи)

(дата)