

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної
політики, сім'ї та єдності України

2025 року № _____

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН*
переміщення внутрішньо переміщеної особи

на _____

(період дії плану)

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) внутрішньо переміщеної особи

За результатами вжитих заходів в межах послуги довготривалого
месестринського догляду узгоджено маршрут переміщення внутрішньо переміщеної
особи _____ до

(зазначити адресу місця проживання / перебування)

Дата переміщення _____

(зазначити число, місяць, рік)

Спосіб переміщення внутрішньо переміщеної особи _____

(зазначається транспортний засіб, яким буде здійснено переміщення)

Отримувач соціальної послуги _____ / _____
(підпис) (Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

(дата)

Керівник надавача послуги _____ / _____
(підпис) (Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

(дата)

*додається до акту про надання повнолітній особі соціальних послуг екстрено (кризово).

