

**Індивідуальний план
здійснення заходів з підтримки
ветерана війни/демобілізованої особи**

(прізвище, власне ім'я, по батькові (у разі наявності) ветерана війни/демобілізованої особи)

Статус особи, відносно якої проводяться заходи:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ветеран війни | <input type="checkbox"/> член сім'ї загиблого/загиблої
Захисника/Захисниці України |
| <input type="checkbox"/> особа, яка має особливі заслуги перед
Батьківщиною | <input type="checkbox"/> постраждалий учасник Революції
Гідності |
| <input type="checkbox"/> член сім'ї ветерана війни, демобілізованої
особи | <input type="checkbox"/> член сім'ї постраждалого учасника
Революції Гідності |
| <input type="checkbox"/> член сім'ї особи, яка має особливі заслуги
перед Батьківщиною | <input type="checkbox"/> демобілізована особа |
| <input type="checkbox"/> член сім'ї загиблого/загиблої
(померлого/померлої) ветерана/ветеранки
війни | <input type="checkbox"/> особа з інвалідністю:
I група <input type="checkbox"/> ; II група <input type="checkbox"/> ; III група <input type="checkbox"/> |

Заходи з підтримки	Місце надання	Ресурси (обладнання, технічні засоби реабілітації, інвентар, витратні матеріали)	Періодичність заходів з підтримки (скільки разів на тиждень/місяць)	Залучені фахівці/виконавці	Строк виконання заходів з підтримки (постійно/визначений період)

Дата перегляду індивідуального плану
надання заходів з підтримки: _____



Сертифікат 3FAA9288358EC00304000000E7F2390055DFD800
Підписувач Калмикова Наталія Фернандівна
Дійсний з 12.09.2024 0:00:00 по 11.09.2026 23:59:59



№ 7 від 07.01.2025

Результат*: індивідуальний план залишився незмінним

індивідуальний план змінився

Фахівець із супроводу ветеранів війни та
демобілізованих осіб

Отримувач заходів з підтримки

(підпис)

(підпис)

*Якщо за результатами перегляду індивідуального плану змінюються заходи з підтримки, місце надання, ресурси, періодичність тощо – відповідні зміни вносяться до діючого індивідуального плану.
