

NR. \_\_\_\_\_ DIN \_\_\_\_\_

## PLAN DE INTERVENȚIE

Nume și prenume beneficiar :  
\_\_\_\_\_

Arii de acțiune	Obiective (6 luni)	Metode /mijoc de acțiune	Reevaluarea obiectivelor	Responsabili
Asistență socială				
Asistență psihologică				
Asistență juridică				

CONSILIER,

Beneficiar