

.....
pieczętka przychodni

Data

ZAŚWIADCZENIE

O KONIECZNOŚCI ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

INFORMACJA O PACJENCIE:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie:

jest pacjentem Poradni

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze godzin tygodniowo zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – (Dz.U. z 2005 r., Nr 189 poz.1598 z późn.zm.), wskazane jest objąć dziecko specjalistycznymi usługami opiekuńczymi **na okres od** **do** w ramach których prowadzone byłoby **uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia** oraz **usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu** (rodzaj usług określony w§ 2 pkt. 1 lit. a, ww. rozporządzenia)

Dodatkowe informacje

.....
.....
.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
pieczętka i podpis lekarza