

.....  
pieczętka przychodni

### ZAŚWIADCZENIE

#### O KONIECZNOŚCI ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

##### INFORMACJE O PACJENCIE:

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie .....

Jest pacjentem Poradni .....

Ze względu na stan zdrowia oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- w formie ..... w wymiarze ..... godzin tygodniowo

- w formie ..... w wymiarze ..... godzin tygodniowo

- w formie ..... w wymiarze ..... godzin tygodniowo

w ramach których prowadzone byłoby **uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia** oraz **usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych - Dz.U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 z późn. zm. ( rodzaj usług określony w § 2 pkt 1 lit a, ww. rozporządzenia )

Zaświadczenie wydaje się na okres od .....do .....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej

.....  
pieczętka i podpis lekarza