…..……………………, dn. …………………

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE

DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Imię i nazwisko pacjenta:………………………………………………………………………………...

Data urodzenia:…………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………...

Pesel:……………………………………………………………………………………………………...

Rozpoznanie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka / Poradni od…………………………………………..

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze……………godzin miesięcznie, w ramach których odbywać się będzie uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z § 2 pkt. 1 lit. a oraz § 2 pkt. 3 lit. b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 16 lutego 2023 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. z 2023 poz. 395)

Wskazówki dotyczące programu indywidualnych zajęć z dzieckiem:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zaświadczenie wydaje się na okres od …………………………. do ………………………… w celu przedłożenia w GOPS w Nowince.

………………………………………………..

pieczątka i podpis lekarza