

....., 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. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 ze zm.).

Wskazówki dotyczące programu indywidualnych zajęć z dzieckiem:

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

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

.....

pieczętka i podpis lekarza