

.....  
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