

.....

..... dnia.....

Pieczętka placówki służby zdrowia

Zaświadczenie lekarskie
uprawniające do korzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych
dla osób z zaburzeniami psychicznymi
z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sicieniu

I. Dane personalne osoby

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

II. Rozpoznanie lekarskie.

Psychiatra/Neurolog.....

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

Ze względu na stan zdrowia oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych, w ramach których byłyby:

1. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia (zgodnie z § 2 pkt 1 lit. a, b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. z 2005 roku, Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.)*

2.rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zgodnie z § 2 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. z 2005 roku, Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.)*

Rozpoznanie wpisuje się w art. 3 pkt lit. a, b, c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 roku (j.t. Dz.U. z 2017 poz. 882 z późn. zm.)

III. Wskazania do pracy-zakres proponowanych usług, plan pracy terapeutycznej

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

Zaświadczenie wydaje się na okres.....

.....

podpis i pieczętka lekarza

* właściwe podkreślić