

miejsowość, data.....

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie, zgodnie z art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

.....
.....

Jest pacjentem tutejszego *Ośrodka* / *Poradni Zdrowia Psychicznego*
..... od:

Ze względu na stan zdrowia pacjenta oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarzegodzin miesięcznie, w ramach których prowadzone byłoby m.in. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnianie 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 z późn. zm.).

W razie potrzeby pracownicy Ośrodka/Poradni udzielą wskazówek w zakresie programu indywidualnych zajęć z pacjentem.

Zaświadczenie jest ważne do dnia.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

pieczętka i podpis lekarza

miejsowość, data

Imię i nazwisko.....

adres.....

*Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej
ul. Hallera 11
Chełmno*

Na podstawie ustawy z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r., Nr. 189, poz. 1598 z późn. zm.) proszę o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w wymiarze.....zaleconym przez lekarza specjalistę.

Z poważaniem