

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Przygodzicach zwraca się z prośbą o wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia Pani/a:

.....
.....PESEL.....

ubiegającego się o świadczenie z pomocy społecznej

.....
(podpis pracownika socjalnego)

Przygodzice, dnia

.....
Pieczęć zakładu

ZAŚWIADCZENIE

Dla celów pomocy społecznej

ustawa z pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (Dz.U. z 2021r. poz.2268)

Stwierdzam, że ww. * choruje/ *nie choruje:

*1. Długotrwale,

*2. Ciężko,

*3. Wymaga leczenia farmakologicznego,

*4. Wymaga rehabilitacji,

*5. Wymaga całodobowej opieki,

*6. Wymaga pomocy osób drugich.

*7. Rozpoznanie:.....
.....
.....

*8. Inne schorzenia:.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Właściwe zaznaczyć