

.....
(miejsowość, data)

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
potwierdzające konieczność korzystania
ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami
psychicznymi**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie:

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka/Poradni

Zdrowia Psychicznego.....od.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka, oraz sytuację rodzinną, konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w:

- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formie.....w wymiarze.....godzin tygodniowo,

w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, oraz usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu (Rozporządzenie 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.).

- Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej w Przygodzicach.

.....
podpis i pieczęć lekarza