

.....
.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość, data)

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 Sokółce.

.....
podpis i pieczęć lekarza