

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Rozpoznanie:.....

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka/Poradni

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w wymiarze godzin tygodniowo na okres od do, w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, oraz usprawnienie 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.).

Rodzaj specjalistów świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze i zalecana liczba godzin w formie (wymienić):

- w wymiarze.....godzin tygodniowo,

- w wymiarze.....godzin tygodniowo,

- w wymiarze.....godzin tygodniowo,

- w wymiarze.....godzin tygodniowo,

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....

podpis i pieczęć lekarza