

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

Rozpoznanie:

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka.....Poradni
Zdrowia Psychicznego..... Ze względu na stan zdrowia
dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług
opiekuńczych w wymiarze.....godzin tygodniowo przez
specjalistę/specjalistów.....
....., w ramach których prowadzone byłoby nauczanie 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.).

Choroba wpisuje się w art. 3 pkt. 1 lit. a, b, c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia
19.08.1994 roku (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

.....
podpis i pieczęć lekarza