

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

Rozpoznanie:

Osoba jest pacjentem tutejszego Ośrodka.....Poradni
Zdrowia Psychicznego Ze względu na stan zdrowia
oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie 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