

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego , miejscowość , data

ZAŚWIADCZENIE

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 (zgodnie z § 2 pkt. 1 lit. A oraz § 2 pkt. 3 lit b
Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług
opiekuńczych – tj. Dz. U. z 2024r. poz. 816

Zaświadczenie wydaje się do dnia.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
podpis i pieczęć lekarza