

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

.....,
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko....., ur.

zam.

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka/Poradni
Zdrowia psychicznego.....od.....

Rozpoznanie:.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w:

- formie w wymiarzegodzin tygodniowo,
- formie w wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formiew wymiarze.....godzin tygodniowo,
- formiew 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 § 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.)

Zaświadczenie wydaje się do dnia

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Ustce.

.....
Podpis i pieczętka lekarza