

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka Poradni

ZAŚWIADCZENIE

.....
imię i nazwisko

.....
data i miejsce urodzenia PESEL

.....
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 miesięcznie przez specjalistę/ specjalistów w ramach, których prowadzenie byłoby usprawnianie usprawnionych funkcji organizmu (zgodnie z §2 pkt 1 lit. a oraz § 2 pkt 3 lit. b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych- Dz.U. z 2005r., nr 189, poz. 1598 z późn. zm)

W razie potrzeby pracownicy Ośrodka/ Poradni udzielają wskazówek co do programu indywidualnych zajęć z dzieckiem.

Choroba wpisuje się w art. 3 pkt I lit. a,b,c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia

19.08.1994r. (tj. z dnia 15.09.2011 Dz.U. nr 231 poz. 1375 z późn. zm) **TAK/NIE***

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

*- niepotrzebne skreślić

.....
Pieczętka i podpis lekarza