

(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

Słupsk, dnia

ZAŚWIADCZENIE

o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych

☐ dla osób z zaburzeniami psychicznymi

ze względu na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe i inne, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych a osoba ta wymaga takiej formy pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym - zaświadczenie od lekarza psychiatry.

☐ dla osób pozostałych

dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

Zaświadcza się, że:

Pan(i)

PESEL

zamieszkały(a) w Słupsku, ul.

- rozpoznanie choroby

wymaga pomocy w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

- w okresie (do 12 m-cy),
- w wymiarze godzin w tygodniu,

w szczególności: *

1. uczenia i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
2. pielęgnacji - jako wspierania procesu leczenia,
3. rehabilitacji fizycznej i usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu,
4. innej

.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna

1. art. 8 i 9 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917);
2. art. 18 ust. 1 pkt. 3 oraz art. 50 ust. 1 i 2 oraz ust. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1283);
3. rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 816)

RADCA PRAWNY
Edyta Ziulka