

Bydgoszcz, dnia

.....
Pieczętka zakładu pracy lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE

IMIĘ i NAZWISKO:

ur.

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

Dziecko jest pacjentem tutejszej poradni od:

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze _____ godzin, 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 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych - Dz.U. z 2005 r., Nr 189, poz.1598 z późn. zm.).

Rozpoznanie:

Rozpoznanie wpisuje się w art. 3 pkt 1 lit. a, b, c ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 r. z późniejszymi zmianami.

Proponowane rodzaje terapii:

Dodatkowe uwagi: Zaświadczenie ważne rok.

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

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
Pieczętka imienna i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie