

....., dnia
pieczęć poradni

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY
(dla potrzeb Centrum Usług Społecznych w Starachowicach)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc w formie usług specjalistycznych:

.....

2. Adres zamieszkania :

3. PESEL

4. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

.....

.....

.....

5. Rodzaj koniecznej pomocy lub terapii:*

- usługi opiekuńcze – ilość godzin tygodniowo

- opieka pielęgniarstwa – ilość godzin tygodniowo

- terapia logopedyczna – ilość godzin tygodniowo

- terapia pedagogiczna – ilość godzin tygodniowo

- rehabilitacja ruchowa – ilość godzin tygodniowo

- asystent osoby niepełnosprawnej – ilość godzin tygodniowo

6. Okres na jaki zostało wydane zaświadczenie :

.....

Pieczęć lekarza psychiatry i podpis

* właściwe podkreślić i wypełnić