

....., dnia
miejsowość, data
.....
pieczęć przychodni/poradni

ZAŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Zamieszkały(a)

Ze względu na stan zdrowia dziecka wskazane jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych, w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu.

Podstawa prawna: art. 7 pkt. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U z 2020 r. poz.685) oraz §2 pkt. 5 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 z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego. (Dz.U z 2020 poz. 685)

Zaświadczenie ważne jest do

Forma terapii *:

Terapia pedagogiczna - liczba godzin tygodniowo

Terapia logopedyczna – liczba godzin tygodniowo

Rehabilitacja ruchowa – liczba godzin tygodniowo

Opieka środowiskowa / pielęgniarstwa

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Centrum Usług Społecznych w Starachowicach.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza

* podkreślić i wypełnić