Załącznik 1a.

*Pieczęć przychodni*

**PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKU NA PODSTAWIE**

**POSIADANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBY**

Zaświadczenie lekarza psychiatry dot. nw. dziecka dla Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wielgiem dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci / młodzieży z zaburzeniami psychicznymi świadczonych w miejscu zamieszkania.

 **Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi przyznawane przez ops stanowią wyłącznie uzupełnienie potrzeb**, których nie może zapewnić w pierwszej kolejności, np. szkoła, przedszkole, Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna czy NFZ. Świadczenia, które są ustawowo zabezpieczone w ramach innych systemów (system ochrony zdrowia psychicznego, system oświaty oraz system o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych) nie mogą być zastępowane świadczeniami z pomocy społecznej, w tym SUO.

***Opinia lekarza jest wypełniana dopiero po uzyskaniu informacji ze szkoły/przedszkola/ innej instytucji.***

Imię i nazwisko dziecka: ………………………………..…………………………………………

 Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego: …………….………………………..……………………………………………………………………..

 1. Dziecko posiada diagnozę w zakresie: (Proszę zaznaczyć i uzupełnić właściwą odpowiedź).

 a) choroby psychicznej, jakiej (symbol z klasyfikacji ) ……………………………………………………………………………………………………..…………

 b) upośledzenia umysłowego, w jakim stopniu (symbol z klasyfikacji ) ………………………………………………………………………………………………………………..

c) innych poważnych zakłóceń czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, jakich ? (symbol z klasyfikacji ) …………………………………….........................................……………………………………...........................................................................................................................................................................................….....................................................................

 d) czy dziecko jest pod opieką poradni TAK/NIE\*

Jeśli tak, od kiedy i czy nadal…………………………………………………………………………

2. Celem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest doprowadzenie do samodzielnego, aktywnego życia zgodnie z art. 8 ustawy z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.Dz.U z 2024r. poz. 917)

 Czy w związku z tym w/w zajęcia są zasadne TAK/NIE\*

 3. Zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno - wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 nauka, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitacja dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.Dz. U. z 2024r. poz.917).

 Zalecenia i rodzaj potrzebnych specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zakres wykonywanych działań według potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

 **1 .Proszę o czytelne wypełnienie wraz ze wskazaniem ilości godzin miesięcznie i rodzaju na poszczególne terapie w ramach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz rehabilitacji, które nie są lub są świadczone w niewystarczającej ilości przez szkoły/ przedszkola/ inne instytucje** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………..

 2 a) **dziecko wymaga/nie wymaga** skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno- wychowawczych oraz rehabilitacji, ponieważ pomoc organizowana przez szkołę/ przedszkole/ inne instytucje jest /nie jest wystarczająca. *Proszę podkreślić właściwą odpowiedź:* ***tak/ nie***

 b) **dziecko wymaga/nie wymaga** skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno – wychowawczych oraz rehabilitacji ponieważ ma/ nie ma możliwości uzyskania dostępu do zajęć w ramach NFZ .

 *Proszę podkreślić właściwą odpowiedź:* ***tak/ nie.***

Czy w tym celu otrzymało/nie otrzymało skierowanie do placówki NFZ………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Zaświadczenie wydaje się na okres od………………………………………do…………………………………….

…................................................................ …………………………………………………

 Miejscowość i data wystawienia zaświadczenia Pieczątka i podpis lekarza psychiatry

\*nieodpowiednie skreślić.