

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie:

Dziecko jest pacjentem tutejszego Ośrodka

Poradni Zdrowia Psychicznego

od.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze godzin tygodniowo, w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z § 2 pkt 1 lit. a oraz § 2 pkt 3 lit. b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. 2005 nr 189 poz. 1598 z późn. Zm.)

W razie potrzeby pracownicy Ośrodka/Poradni udzielą wskazówek co do programu indywidualnych zajęć z dzieckiem.

U dziecka wskazana jest praca z następującymi terapeutami:

- rehabilitant – godzin tygodniowo,
- logopeda – godzin tygodniowo,
- inne – godzin tygodniowo.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
pieczętka i podpis lekarza