

dnia.....

## **ZAŚWIADCZENIE**

***o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych***

***dla osób z zaburzeniami psychicznymi***

*(na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia*

*19 sierpnia 1994 r. z późn. zm., rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005*

*r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki*

*Społecznej z dnia 16 lutego 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług*

*opiekuńczych )*

Zaświadcza się, że

Pan(i) .....

PESEL .....

zamieszkały(a) .....

ze względu na zaburzenia psychiczne (rozpoznanie choroby) .....

.....

wymaga pomocy w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w okresie

..... lat/na stałe w wymiarze ..... dziennie ..... dni w tygodniu,

w szczególności (zaznaczyć właściwe):

1. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia
2. pielęgnacja – jako wspieranie procesu leczenia
3. rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z zaleceniami lekarskimi, współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego i edukacyjno – terapeutycznego)
4. pomoc mieszkaniowa
5. zapewnianie 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 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917 )

.....

(pieczętka i podpis lekarza)