

**ZASWIADCZENIE**

**do Centrum Usług Społecznych o konieczności świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania**

(na podstawie ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. – Dz. U. z 2023r. Poz. 901 ze zmianami )

Zaświadcza się, że

Pan(i) .....

PESEL .....

zamieszkały(a) .....

Rozpoznanie choroby .....

.....

ze względu na zły stan zdrowia wymaga pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w okresie ..... lat/na stałe w wymiarze.....dziennie..... dni w tygodniu, w szczególności (zaznaczyć właściwe) :

1. utrzymanie czystości w pokoju chorego i jego otoczeniu
2. zakupywanie w miarę potrzeby art. spożywczych
3. przebieranie bielizny osobistej i pościelowej
4. pomoc choremu przy spożywaniu posiłków – karmienie chorego
5. przygotowanie posiłków z uwzględnieniem diety zalecanej przez lekarza
6. prześcielenie łóżka
7. reprezentowanie chorego w urzędach – załatwianie spraw urzędowych
8. układanie chorego w łóżku
9. pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych
10. zapobieganie powstawaniu odleżyn, odparzeń
11. mierzenie temperatury
12. podawanie leków drogą doustną, wziewną (inhalacja)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)