*Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie*

*„Razem w Potrzebie-Usługi Społeczne i Zdrowotne w Gminie Dębica”*

*w zakresie wzrostu jakości usług opiekuńczych oraz specjalistycznych*

 *usług opiekuńczych na terenie Gminy Dębica*

.....................................................

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej numer identyfikacyjny REGON)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że Pan / Pani …………….…………………………………………………………………………………………………………………………….....

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………….…….….

Zamieszkały/a ……………………………………………………………………………………………………….……………...

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku
z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie
z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

 **Wskazanie do objęcia usługami w formie:**

* usług opiekuńczych,
* wsparcie procesu leczenia (świadczone przez pielęgniarkę),
* rehabilitacji fizycznej,
* wsparcia psychologicznego.

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

*(data) (pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty)*