………………………….. …………………..., dnia ……………….....

pieczątka przychodni

**ZAŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH**

……………………………………………………………………..., ur…………………………………………………………

*/imię i nazwisko dziecka/ /data i miejsce urodzenia/*

zam. ……………………………………………………………………………………………………………………………...

jest pacjentem Poradni……………………………………………………………………………………………………….

od:………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Rozpoznanie**:………………………………………………………………………………………………………………….

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

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze ………………………. godzin tygodniowo zgodnie   
z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r.w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych /Dz.U. z 2005r. nr 189, poz 1598 z późn.zm./.

Wskazane jest objąć dziecko specjalistycznymi usługami opiekuńczymi, w ramach których prowadzone byłoby **uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia** oraz **usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu** */rodzaj usług określony w § 2 pkt 1 lit. a, ww. rozporządzenia/.*

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

Dodatkowe informacje:

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

Informacje dla terapeutów:

1.Dziecko od…………………………..będzie uczęszczało do…………………………………………………………..

Warunkiem dobrego funkcjonowania i zaadoptowania się dziecka w w/w placówce jest wspomaganie go przez systematyczne zajęcia w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych.

2.Pomimo, że dziecko uczęszcza do……………………………………………………………………...niezbędne są specjalistyczne usługi opiekuńcze, ponieważ ma ono poważne problemy z adaptacją   
w grupie rówieśniczej i wymaga dodatkowego wsparcia.

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

……………………………………….

/ pieczątka i podpis lekarza /