

ZAŚWIADCZENIE

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej

Zaświadcza się, że Pani/Pan /dziecko.....

zam. Dąbrowa Górnicza, ul.

ze względu na stan zdrowia wymaga pomocy osób drugich przez okres

..... w postaci:

- **specjalistycznych usług opiekuńczych*** w ilości godz.
usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób
dziennie/tygodniowo*
wymagających pomocy, wynikające z rodzaju
schorzenia lub niepełnosprawności - wymienione
w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej
z dnia 22 września 2005 r. w sprawie
specjalistycznych usług opiekuńczych.

- **usług opiekuńczych*** w ilości godz.
w tym:
dziennie/tygodniowo*
 - pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych
 - opieka higieniczna;
 - pielęgnacja;
 - zapewnienie kontaktów z otoczeniem

- **specjalistycznych usług opiekuńczych
dla osób zaburzeniami
psychicznymi*/**** w ilości godz.
.....
dziennie/tygodniowo*

usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób
wymagających pomocy, wynikające z rodzaju
schorzenia lub niepełnosprawności - wymienione
w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej
z dnia 22 września 2005 r. w sprawie
specjalistycznych usług opiekuńczych.

- w tym również w dni wolne od pracy: TAK / NIE*

.....
/ podpis i pieczętka lekarza /

* zakreślić właściwe

** wypełnia lekarz psychiatra
lub neurolog