

/pieczęta placówki służby zdrowia/

Dąbrowa Górnicza, dnia .....

### **ZALECENIA**

**dotyczące rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu  
w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach  
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Nazwisko i imię .....

zam. Dąbrowa Górnicza, ul. ....

Rodzaj i zakres rehabilitacji:

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

.....  
/ podpis i pieczęta lekarza /specjalisty

Zalecenia wydane w związku z ubieganiem się o pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej.

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r oraz Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.