

Dąbrowa Górnicza, dnia

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. 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.

- **usług opiekuńczych*** - w ilości godz. dziennie/tygodniowo*
w tym:
 - 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