………………..………………….......... ............................................. pieczęć podmiotu leczniczego miejscowość, data

**Zaświadczenie lekarskie**

**dla Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skępem**

**na wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania.**

**Zaświadcza się ,że Pan/Pani** ……………………………………………………………,**ur.** ……………………………….

**Adres zamieszkania**………………………………………………………………………………………………………………..

**Rozpoznanie lekarskie( w języku polskim)** …………………………………………………………………………….

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

**Rodzaj zlecanej usługi zgodnie z** **Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598):**

* Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności

społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych -

**w wymiarze……………………..godzin miesięcznie**

* Pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - **w wymiarze ……………..godzin miesięcznie**
* Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych - **w wymiarze………………godzin miesięcznie**
* Wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia - **w wymiarze………………godzin miesięcznie**
* Pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi - **w wymiarze………………godzin miesięcznie**
* Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym: pomoc w utrzymywaniu właściwej higieny osobistej - **w wymiarze………………godzin miesięcznie**
* Pomoc mieszkaniowa, w tym: w uzyskaniu mieszkania, organizowaniu remontów i napraw, opłacaniu rachunków mieszkaniowych, likwidacji barier architektonicznych - **w wymiarze………………godzin miesięcznie**
* rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 poz.1398) - **w wymiarze………………godzin miesięcznie**
* zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2020 r.,poz.685 ze zm.).- **w wymiarze………………godzin miesięcznie**

 Specjalistyczne usługi opiekuńcze w łącznym wymiarze……………………godzin miesięcznie.

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

 ……………………………………………………..

(podpis i pieczątka lekarza psychiatry