Myślibórz, dnia………………

……………………….

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE

potwierdzające wskazania do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w Myśliborzu

Nazwisko i imię……………………………………………………………….........................

Data urodzenia……………………. PESEL: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

Rozpoznanie ……………………………………………...…..……………………………… ………........................................................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................

Po przeprowadzonych konsultacjach psychiatrycznych/neurologicznych\* zaświadczam, że wskazane/ niewskazane\* jest uczestnictwo w zajęciach prowadzonych w środowiskowym domu samopomocy typu A/ typu B\*\*.

………………………… ……………………

data badania lekarskiego podpis i pieczęć lekarza

\*niepotrzebne skreślić

\*\*Dom typu:

1. dla osób przewlekle psychicznie chorych
2. dla osób upośledzonych umysłowo

**Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia z póżn. zm.**

**w sprawie środowiskowych domów samopomocy ( Dz. U. Nr 238, poz. 1586 z 2010**

§7.1. Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.