……………………….

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**…………………………………………………………………………….

**Stan zdrowia** ……………………………………………...…..……………………………… ………........................................................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………...

**Sprawność w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie** …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

Po przeprowadzonych konsultacjach 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 z niepełnosprawnością intelektualną

**Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2020 r. poz. 249)**

§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.