

Dzierżoniów, dnia

.....
(pieczętka publicznego zakładu
psychiatrycznej opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE

do Ośrodka Pomocy Społecznej w Dzierżoniowie
kwalifikujące do specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
(na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. Z późn. zm.
oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r.
w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych)

Zaświadcza się, że:

Pan(i)

PESEL zamieszkały (a) w Dzierżoniowie

.....

Ze względu na zaburzenia psychiczne (rozpoznanie choroby)

.....

.....

wymaga pomocy w postaci specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w okresie
..... miesięcy w wymiarze dziennie dni w tygodniu,

w szczególności/ w zakresie:

1. uczenia i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, motywowania do aktywności i leczenia
2. pielęgnacja – jako wspieranie procesu leczenia
3. pomocy w załatwianiu spraw urzędowych (uzyskanie świadczeń, wypełnianie dokumentów)
4. pomocy w gospodarowaniu pieniędzmi, asystowanie przy ponoszeniu wydatków
5. pomocy w użyciu środków pomocniczych, materiałów medycznych i przedmiotów ortopedycznych
6. pomoc w codziennych czynnościach życiowych w szczególności takich jak: samoobsługa, czynności porządkowe, gospodarcze
7. pomocy w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych, współpraca ze specjalistami (zgodnie z zaleceniem lekarskim)
8. uzgadnianie, pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych
9. nadzoru nad przyjmowaniem leków, pomoc w wykupowaniu leków
10. innej pomocy w postaci:

.....

* zaznaczyć właściwe

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)