

....., dnia .....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć przychodni/poradni

## ZAŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Zamieszkały(a) .....

Ze względu na stan zdrowia dziecka oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze ..... godzin tygodniowo, w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z §2 pkt. 1 lit. a, oraz §2 pkt.3 lit. b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – Dz. U. Z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

Rozpoznanie:

.....  
.....  
.....

Rozpoznanie wpisuje się w art.3 pkt. 1) lit. a,b,c ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego.

Zaświadczenie ważne jest do .....

Uwagi lekarza:

.....  
.....  
.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć lekarza