

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZASWIADCZENIE

potwierdzające wskazania do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych
w Środowiskowym Domu Samopomocy w Barlinku

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 D - dla osób ze spektrum autyzmu lub
niepełnosprawnościami sprzężonymi.

.....
data badania lekarskiego

.....
podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 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.