

.....  
pieczętka

.....  
( miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

**dotyczące osoby ubiegającej się o przyznanie miejsca  
w Środowiskowym Domu Samopomocy w Siedlnicy**

1. Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy  
w Siedlnicy .....

PESEL....., zam. ....

2. Stan zdrowia:

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

3. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania uczestnika na zajęcia prowadzone przez  
Środowiskowy Dom Samopomocy w Siedlnicy \*:

a. tak (jakie?): .....

b. nie

4. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....  
.....

*Zaświadczenie wydaje się na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w Środowiskowym Domu Samopomocy w Siedlnicy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r., w sprawie środowiskowych domów samopomocy.*

\* Zgodnie z § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r., w sprawie środowiskowych domów samopomocy ilekroć mowa o uczestniku środowiskowego domu samopomocy - należy przez to rozumieć przyjęte do domu osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym:

a) osoby przewlekłe psychicznie chore,

b) osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym, a także osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, jeżeli jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne,

c) osoby wykazujące inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych, z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych;

.....  
podpis i pieczętka lekarza