

.....
pieczętka

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**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. Rozpoznanie dotyczące występujących zaburzeń psychicznych*:

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

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 przewlekle 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 przewlekle 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

psychiatry/neurologa