

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego)

Z a ś w i a d c z e n i e l e k a r s k i e

Pacjent/ka..... ur.
zam. 83-200 Starogard Gdański ul.
z powodu

(wpisać rozpoznanie)

.....
wymaga objęcia pomocą społeczną w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 ze zm. z 2006 r. Dz. U. Nr 134, poz. 943) zaleca się:

Lp.	Rodzaj specjalistycznych usług i ich zakres	Tygodniowy wymiar godzin usług	Okres świadczenia usług
1.			
2.			
3.			
4.			

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

....., dnia