

ZAŚWIADCZENIE

lekarza psychiatry lub lekarza neurologa
o występujących dysfunkcjach, które uzasadniają potrzebę skierowania
do środowiskowego domu samopomocy lub ośrodka wsparcia

zgodnie z **§ 7 ust. 1** Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r.
w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U.2010.238.1586 z późn. zm.)

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do ŚDS lub Ośrodka Wsparcia

.....

2. Informacja o występujących dysfunkcjach, (w tym zaburzenia psychiczne), które
uzasadniają potrzebę skierowania osoby do ŚDS lub Ośrodka Wsparcia jako uczestnika

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

Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza.

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

Miejscowość

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Ileokroć w rozporządzeniu jest mowa o uczestniku – należy przez to rozumieć:

- a) osoby przewlekłe psychicznie chore – typ domu A;
- b) osoby upośledzone umysłowo w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym, a także osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym, gdy jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne - typ domu B;
- c) osoby wykazujące inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych, które ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych, z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych – typ domu C.