***Załącznik Nr 1 B*** *do Procedury w sprawie przyznawania i wykonywania usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania*

........................................... ……………………………., dnia

pieczątka zakładu

opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci i młodzieży  
z zaburzeniami psychicznymi**

**Imię i nazwisko** ………………………………….........................................................................................

Adres zamieszkania ………….........................................................................................................

data urodzenia ............................. jest pacjentem ......................................................................

(nazwa instytucji)

Od ………………… z powodu (diagnoza, rozpoznanie) ......................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

**I. Pacjent korzysta z zajęć w ramach innych systemów wsparcia** *(nazwa placówki - rodzaj i ilość godzin zajęć w ramach innych systemów )* , tj.:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**II. Ze względu na stan zdrowia dziecka konieczne jest zapewnienie** dodatkowo dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze ….............. godzin miesięcznie, przez okres od .............................. do ................................, zgodnie z § 2 pkt.1 lit. a, pkt. 3 i 5 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22.09.2005 r. (Dz. U. Nr 189, poz.1598), w szczególności w zakresie :

a) usprawnienie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, szczególnie zlecane

przez lekarza …………..…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..……w wymiarze ……………… godzin miesięcznie

b) zajęcia rehabilitacyjne w wymiarze ………………godz. miesięcznie

c) zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze w wymiarze……………… godz. miesięcznie

Dodatkowe informacje o pacjencie i wskazania istotne przy opracowaniu planu zajęć z dzieckiem:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.**

|  |
| --- |
| *Miejski Ośrodek pomocy Społecznej w Stalowej Woli świadczy specjalistyczne usługi opiekuńcze dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności w zakresie określonym w § 2 pkt.1 lit. a, pkt. 3 i 5 rozporządzenia Ministra Polityki Socjalnej z dnia 22 września 2005 r. z późniejszymi zmianami w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.*  *Zadaniem usług jest przede wszystkim stymulacja własnej aktywności i wspieranie samodzielności pacjenta - rehabilitacja, trening umiejętności życiowych oraz zapewnienie dzieciom  i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.*  ***Świadczenia, które są ustawowo zagwarantowane i zabezpieczane w ramach innych systemów (oświaty, ochrony zdrowia) nie mogą być zastępowane świadczeniami z pomocy społecznej.***  *Zgodnie z art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* ***ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze , ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.*** |