***Załącznik Nr 1 A*** *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 przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób dorosłych   
w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania**

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

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

data urodzenia ........................................ jest pacjentem poradni od ..........................................

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

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

**II. Pacjent korzysta z zajęć w ramach innych systemów wsparcia** *(nazwa placówki - rodzaj i ilość godzin zajęć w ramach innych systemów )* .........................…………….................……….........................................................................................................................…………….................……….........................................................................................................................…………….................……….........................................................................................................................…………….................………................................................................................................

**III. Ze względu na schorzenia dodatkowo \*** □ **wymaga** □ **nie wymaga** pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych w tym □ dla osób z zaburzeniami psychicznymi   
w wymiarze:

liczba godzin ……….............**..............**……..........w tygodniu/ miesięcznie **,** w szczególności   
w zakresie min.:

□ uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia

□ wspieranie procesu leczenia

□ usprawnianie zaburzonych funkcji organizmuz zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii, współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno – pedagogicznego   
i edukacyjno-terapeutycznego),

□ inne czynności zalecone przez lekarza ..........................................................................................................................................................

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

**IV.** Czy ze strony pacjenta w przeszłości były zachowania zagrażające zdrowiu i życiu pacjenta   
lub innych osób \*: □ tak □ nie

podać jakie .............................................................................................................................

Czy pacjent nadużywa alkoholu lub innych środków uzależniających\*: □ tak □ nie

jeżeli tak podać od jakich środków ..............................................................................................

**V.** Inne ważne informacje i uwagi ................................................................................................

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

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

………………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)

*\* zaznaczyć jeśli dotyczy*

|  |
| --- |
| 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 rozporządzeniu Ministra Polityki Socjalnej z dnia 22 września 2005 r.  z późniejszymi zmianami.  **Świadczenia, które ustawowo zabezpieczane są w ramach innych systemów, w tym ochrony zdrowia, nie mogą być zastępowane świadczeniami z pomocy społecznej.** Sposób realizacji świadczeń w ramach innych systemów określają między innymi rozporządzenia wykonawcze a także art.5, 5a i 6 ustawy z dnia  19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.  Zadaniem usług jest przede wszystkim stymulacja własnej aktywności i wspieranie samodzielności pacjenta - rehabilitacja, trening umiejętności życiowych. Jedynie u chorych somatycznie lub w podeszłym wieku  z przeciwwskazaniami lekarskimi do wysiłku, świadczenie może polegać na wykonywaniu za pacjenta codziennych czynności.  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.** |