

.....(miejsowość, data)

.....

(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE

dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Kostrzynie w celu przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zaświadcza się, że Pacjentur. dniaPESEL:.....

Zam.

Ze względu na zaburzenia psychiczne (rozpoznanie choroby)

wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:
 - kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, wsparcie i pomoc w przekraczaniu różnorodnych trudności, utrudniających rozwój i funkcjonowanie społeczne (w procesie dydaktyczno-wychowawczym oraz resocjalizacji),
 - interwencja i pomoc w życiu w rodzinie, w tym : pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych, poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, rozmowy terapeutyczne, doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskującą pomoc w formie specjalistycznych usług, kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi, sąsiadami oraz współpraca z rodziną kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej,

w wymiarze 7 godzin miesięcznie, w zakresie:.....

- rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

w wymiarze 9 godzin miesięcznie, zgodnie z zaleceniami

.....

(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)