

*(pieczętka publicznego zakładu
psychiatrycznej opieki zdrowotnej)*

Katowice, dnia

Z A Ś W I A D C Z E N I E

**dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach
o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych
dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

*(na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. z późn. zm.
oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r.
w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych)*

Zaświadcza się, że Pan(i)
urodzony(a) zamieszkały(a) w Katowicach,
ul.
ze względu na zaburzenia psychiczne wymaga pomocy w postaci specjalistycznych usług
opiekuńczych w okresie miesięcy / na stałe*, w szczególności*:
– zmiana opatrunków,
– pomoc w użyciu środków pomocniczych, materiałów medycznych i przedmiotów
ortopedycznych
– utrzymaniu higieny
– innej pomocy, w postaci:
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* zaznaczyć właściwe