

Czeladź, dnia

**ZAŚWIADCZENIE
dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Czeladzi**

Zaświadcza się, że Pani/Pan/dziecko.....

zam. Czeladź, ul.

ze względu na stan zdrowia wymaga pomocy osób drugih przez okres

..... w postaci:

● **usług opiekuńczych***

w ilości godz.
dziennie/tygodniowo*

- pomoc w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych
- opieka higieniczna
- pielęgnacja, w tym:
- zapobieganie powstawania odleżyn i odparzeń
- przygotowanie leków wg zaleceń lekarskich
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem

● **specjalistycznych usług opiekuńczych***

w ilości godz.
dziennie/tygodniowo*

usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy, wynikające z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności - wymienione w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

● **specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzeniami psychicznymi****

w ilości godz.
dziennie/tygodniowo*

usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy, wynikające z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności - wymienione w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych

.....
/ podpis i pieczętka lekarza /

* zakreślić właściwe

** wypełnia lekarz psychiatra lub neurolog

Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych