

Czeladź, dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE**  
**dla Centrum usług Społecznych 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