

.....
Pieczęć placówki

**Zaświadczenie lekarza psychiatry/neurologa
dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu
dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci/młodzieży z zaburzeniami psychicznymi
w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko dziecka:..... **PESEL:**.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

- 1) Dziecko posiada diagnozę w zakresie (proszę podać numer statystyczny choroby ICD)
- choroby psychicznej, jakiej
 - upośledzenia umysłowego, w jakim stopniu
 - innych poważnych zakłóceń czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym, (jakich)

- 2) Czy dziecko wymaga świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w środowisku:
TAK / NIE

- 3) Jeżeli TAK, to które z niżej wymienionych są zalecane:

Wsparcie / Terapia	Liczba godzin miesięcznie	Data obowiązywania terapii (podana w latach)
Psycholog		
Pedagog		
Logopeda		
Terapia ręki		
Terapia SI		
Trening umiejętności społecznych		
Rehabilitacja		
Alternatywne metody komunikacji		
Inne wsparcie – jakie?		
Inne wsparcie – jakie?		

- 4) Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis lekarza psychiatry lub neurologa