

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Ośrodka Wsparcia
w Gryficach**

(wydane przez lekarza psychiatrę lub neurologa)

1. Imię i nazwisko

data ur.

adres

2. Diagnoza psychiatryczna/neurologiczna:

.....

.....

3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia wymaga leczenia szpitalnego*

TAK

NIE

4. Wymaga ze względu na stan zdrowia opieki stale* lub okresowo*

TAK

NIE

5. Czy istnieje przeciwwskazanie skierowania do Powiatowego Ośrodka Wsparcia *

TAK

NIE

6. Pan/Pani.....kwalifikuje się
do Powiatowego Ośrodka Wsparcia *

TAK

NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t. jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 249),
- art. 51a ust. 5 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (t. jedn. Dz. U. z 2023 r., poz. 901)

.....
* właściwe podkreślić