

WNIOSEK

**o przyznanie pomocy społecznej w formie skierowania
do Środowiskowego Domu Samopomocy**

1. Pan/Pani
(imię i nazwisko)

data urodzenia

zam. tel.

2. Dane opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)

.....
(imię i nazwisko)

data urodzenia

zam. tel.

3. Proszę o przyznanie pomocy w formie skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy no pobyt:

- dzienny(godziny zajęć)

.....

(za zgodność podpisu)

.....

(podpis osoby zainteresowanej
lub opiekuna prawnego)

.....

(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy.

.....

2. Wiek

3. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w Środowiskowym Domu Samopomocy?*

TAK NIE

4. Choroby somatyczne:

Diagnoza:

.....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

.....

.....

5. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy

Dom Samopomocy:

- ✓ Pielęgnacja chorych,
- ✓ Pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- ✓ Leczenie, badanie i porady lekarskie,
- ✓ Rehabilitacja lecznicza,
- ✓ Badania i terapia psychologiczna,
- ✓ Działania zapobiegawcze

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?*

TAK NIE

Zalecana konsultacja lekarza psychiatry *
(w przypadku zaburzeń psychicznych)

TAK NIE

Zalecana konsultacja psychologa*
(w przypadku upośledzenia umysłowego lub otępienia)

TAK NIE

Miejscowość i data

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* Właściwe podkreślić