

Zaświadczenie lekarskie
o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
w ośrodku wsparcia¹

Wzór²

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani

zam. PESEL:

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Nie ma przeciwwskazań do udziału w zajęciach prowadzonych w ośrodku wsparcia dziennego.

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza

¹ W rozumieniu art. 51 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej ośrodki wsparcia są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, typu wsparcia dziennego skierowane do osób, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

² Dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów.