

.....  
(pieczęć poradni)

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY**

*(psychiatry lub neurologa)*

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

.....  
Data urodzenia

.....  
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....  
Adres (miejsce zamieszkania)

1. Szczegółowy opis zaburzeń psychicznych (rozpoznanie):

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

2. Inne istotne informacje dotyczące osoby badanej z punktu widzenia funkcjonowania w grupie:

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

3. Na podstawie diagnozy zaburzeń psychicznych w/w kwalifikuje się do ŚDS dla osób:

*(należy zaznaczyć jednostkę wiodącą)*

a) przewlekłe psychicznie chorych – typ A

b) niepełnosprawnych intelektualnie – typ B

c) wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych – typ C

d) ze spectrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi – typ D

4. Aktualny stan zdrowia osoby badanej, dotyczący występujących zaburzeń psychicznych:

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

5. Określenie możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach w ŚDS, biorąc pod uwagę występujące zaburzenia:

- a) brak przeciwwskazań
- b) istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia w zajęciach w ŚDS  
*( właściwe podkreślić )*

.....  
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry lub neurologa)

*Zaświadczenie wydaje się w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. 2020 poz.249).*