

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

**ZASWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY/NEUROLOGA* DLA OSOBY
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU
SAMOPOMOCY TYPU B**

1. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

Imię i nazwisko:
Data urodzenia:
Adres zamieszkania/pobytu*:
.....

2. Informacja o występujących zaburzeniach psychicznych

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

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną: TAK/NIE*

Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza
.....
.....

Miejscowość:

Data:

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Podstawa prawna:

§ 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2010 r. nr 238, poz. 1586 z późn. zm.)

* niepotrzebne skreślić

UWAGA! ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY TYPU B PRZEZNACZONY JEST DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ