…………………………………. …………………………………..

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY / NEUROLOGA**

**(DOTYCZĄCE SKIEROWANIA DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**

**W KOLBUSZOWEJ)**

Imię i nazwisko………………………………………………… Data urodzenia……………………......

Miejsce zamieszkania…………………………………………………………………………………….

Rozpoznanie\*:

1. Osoba przewlekle psychicznie chora;
2. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, znacznym i umiarkowanym, a także osoby z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, jeżeli jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne,
3. Osoba wykazująca inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 27 grudnia 2018 w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy ( Dz.U. poz. 2411)

Dodatkowe informacje……………………………………………………………………………............

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Zaświadczenie wydaje się na okres**………………………………..

\* - zaznaczyć właściwe

……………………………………….