*Pieczęć zakładu leczniczego*

**Zaświadczenie lekarskie**

# Na wykonanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

**Imię i nazwisko** ………………………………………………………………………………………… **Adres zamieszkania**……………………………………………………………………………………. **Rozpoznanie lekarskie( w języku polskim)** …………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………...

**Rodzaj zlecanej usługi: \***

1. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:
   1. kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:
      * samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu,
      * dbałość o higienę i wygląd,
      * utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną,
      * wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,
      * korzystanie z usług różnych instytucji,
   2. interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:
      * pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,
      * ułatwienie dostępu do edukacji i kultury,
      * doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług,
      * kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi,
      * współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej,
   3. pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:
      * w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych,
      * w wypełnieniu dokumentów urzędowych,
   4. wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:
      * w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy,
      * w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia,
      * w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą,
      * w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku,

## -verte-

**-2-**

* 1. pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:
     + nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków,
     + pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach,
     + zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe;

W ilości ………………………………………………………………….miesięcznie/tygodniowo\*

1. pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
   1. pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
   2. uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
   3. pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
   4. pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
   5. w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
   6. pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
   7. pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

W ilości ………………………………………………………………….miesięcznie/tygodniowo\*

1. rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.):
   1. zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
   2. współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno- terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług;

W ilości ………………………………………………………………….miesięcznie/tygodniowo\*

1. pomoc mieszkaniowa, w tym:
   1. w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat,
   2. w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych,
   3. kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu;

W ilości ………………………………………………………………….miesięcznie/tygodniowo\*

1. zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

W ilości ………………………………………………………………….miesięcznie/tygodniowo\*

W terminie od…………………………………..................do …………………………………………..

………………………………… ………………………………… ( miejscowość data) ( pieczątka i podpis lekarza)

Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 20015r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. ( Dz.U.2005.189.1598 z póź. zm.)