

ZAŚWIADCZENIE

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej

Zaświadcza się, że Pani/Pan/dziecko.....

zam. Dąbrowa Górnicza, ul.

ze względu na stan zdrowia wymaga pomocy osób drugih przez okres

..... w postaci:

- **specjalistyczne usługi opiekuńcze***
(usługi pielęgnacyjne, medyczne) - w ilości godz.
dziennie/tygodniowo*
- **usługi opiekuńcze***
(usługi gospodarcze) - w ilości godz.
dziennie/tygodniowo*
- **usługi specjalistyczne dla osób
zaburzeniami psychicznymi*/**** - w ilości godz.
dziennie/tygodniowo*
- w tym również w dni wolne od pracy: TAK / NIE*

.....
/ podpis i pieczętka lekarza /

* zakreslić właściwe

** wypełnia lekarz psychiatra
lub neurolog