…….
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1.Imię i nazwisko ubiegającego się o przyjęcie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Łaźniach:

……

2. Informacja o stanie zdrowia:

……

……

……

……

……

……

……

3.Informacja o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Łaźniach funkcjonującego zgodnie z rozporządzeniem z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy:

……

……

……

……

……

4.Informacja o sprawności fizycznej:

□ Osoba sprawna fizycznie

□ Osoba niepełnosprawna fizycznie:

- Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (wymienić jaki):

……

……

…… ……...
data, miejscowość podpis i pieczęć lekarza

…….
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

*ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY**

1.Imię i nazwisko ubiegającego się o przyjęcie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Łaźniach :

……

2. Szczegółowa informacja o występujących zaburzeniach psychicznych:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……. ……...
data, miejscowość podpis i pieczęć lekarza

lub lekarza neurologa, w przypadku osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, gdy jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne.

……..
(miejscowość, data)

Imię……..

Nazwisko…….

Adres……

……..

Telefon…….

Ośrodek Pomocy Społecznej

w ……..……

Wniosek

Zwracam się z uprzejmą prośbą o skierowanie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Łaźniach na pobyt dzienny.

……..

Podpis

……. …….dnia…….

imię i nazwisko

…….

…….

…….

adres

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych……

(imię i nazwisko)

zam.……

zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997, Nr 133, poz.883) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w ……**

Celem przetwarzania danych osobowych są realizowane przez tutejsze Centrum zadania określone ustawą o pomocy społecznej oraz zadania z zakresu pomocy społecznej zlecone Centrum przez podmioty uprawnione na podstawie innych przepisów.

Jednocześnie **oświadczam,** iż zostałem/am poinformowany/a o:

-adresie/siedzibie Centrum jako administratora danych osobowych,

-przysługujących na podstawie ww. ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do podanych danych i prawie ich poprawiania tj. uprawnieniach wynikających z art.24 ust.1 oraz art.32 ustawy o ochronie danych osobowych.

…… ……

podpis pracownika przyjmującego oświadczenie data i podpis osoby składającej oświadczenie

dnia……
.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana/……

zamieszkały/zamieszkała/…….

……..…

Oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie odpłatności za usługi świadczone w Powiatowym Środowiskowym Domu Samopomocy w Łaźniach zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Podpis

……

.....
(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

OPINIA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Łaźniach

Cześć ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Samopomocy (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych – również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osoba kierowaną, a także imię i nazwisko opiekuna prawnego)
   ……
   ……
2. Data urodzenia……
3. Miejsce zamieszkania*
   zameldowanie na pobyt stały ……..
   zameldowanie na pobyt czasowy ……..…
   aktualne miejsce pobytu ……..…

_____

*Wypełnić właściwe.

Część szczegółowa

Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu samopomocy,
a w szczególności:

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie*, z pomocą innych*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego*, nie chodzi samodzielnie*)
   ……
   ……
   ……
2. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny*, wymaga częściowej pomocy*, wymaga stałej pomocy*, zupełnie niesamodzielny*)

……

……

……

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu wzroku)

……

……

……

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)

……

……

……

5. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu samopomocy (zarówno pozytywne, jak i negatywne)

……

……

……

_____

*Niewłaściwe skreślić.

....

(miejscowość i data)

(podpis pracownika socjalnego lub kierownika ośrodka pomocy społecznej)