

ZAŚWIADCZENIE

**do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pułtusku
o konieczności świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych
dla osób z zaburzeniami psychicznymi**
na podstawie art. 8 oraz art. 9 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.
(Dz.U. z 2020 r. poz. 685.)
oraz Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych
z dnia 22 września 2005 r. (Dz. U. 2005r. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.)

Zaświadcza się, że

Imię i Nazwisko.....

PESEL

zamieszkały(a).....

ze względu na stan zdrowia oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla dziecka z autyzmem:

- **w okresie miesięcy*/na stałe*,**
- **w wymiarze.....godz. dziennie,**
- **przez dni w tygodniu,**

w zakresie (zgodnie z § 2 pkt. 1 lit. a, oraz § 2 pkt. 3 lit. b w Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.):

1. uczenia i rozwijania umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia - tj. kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:

- samoobsługa,
- dbałość o higienę i wygląd,
- utrzymywanie kontaktów z domownikami,
- wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego,

2. usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu,

* *zaznaczyć właściwe*