

Ostrzeszów, dn.

Do

(nazwa zakładu leczniczego)

(pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

W

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrzeszowie prosi o wydanie
zaświadczenia o stanie zdrowia

Pana(i)

(imię i nazwisko)

zamieszkałego(ej) w

ubiegającego się o świadczenia z pomocy społecznej

.....

(podpis)

Ostrzeszów, dn.

.....
(pieczęć zakładu leczniczego)

ZAŚWIADCZENIE

dla celów Ośrodka Pomocy Społecznej (Art.105 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. Dz. U. z 2019, poz.1507 z późn.zm.) stwierdza się, że:

Pan(i)

(imię i nazwisko)

Rozpoznanie:

Pan(i) wymaga:

1. Stosowania specjalnej diety wysokobiałkowej, wysokokalorycznej, innej (jakiej i przez jaki okres czasu?)

.....

2. Stosowania kosztownych leków, powodujących znaczny uszczerbek materialny dla rodziny (przez jaki okres czasu?)

.....

(prosimy o orientacyjne podanie kosztów)

3. Stosowania płatnych zabiegów medyczno – rehabilitacyjnych (jakich, gdzie i przez jaki okres czasu?)

.....

4. Wymaga pełnopłatnego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne lub inne środki pomocnicze (jakie?)

.....

(prosimy o orientacyjne podanie kosztów)

5. Pacjent z uwagi na stan zdrowia w codziennej egzystencji **wymaga / nie wymaga*** pomocy osoby drugiej głównie w formie **usług opiekuńczych**:

.....

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(pieczęć i podpis lekarza)