

ZAŚWIADCZENIE

DOTYCZĄCE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

....., ur.

zam.

jest pacjentem:.....

/nazwa instytucji/

od:

Rozpoznanie:

.....

Ze względu na stan zdrowia dziecka konieczne jest zapewnienie dziecku specjalistycznych usług opiekuńczych w **łącznym wymiarze** godzin tygodniowo, **w ramach których zgodnie z § 2 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. (Dz.U. z 2005 r., Nr 189, poz.1598 z późn. zm.) będzie realizowany następujący rodzaj specjalistycznych usług opiekuńczych :**

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

a) 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 - **w wymiarzegodzin tygodniowo ,**

- dbałość o higienę i wygląd - **w wymiarzegodzin tygodniowo ,**

- utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną - **w wymiarze godzin tygodniowo ,**

- wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego - **w wymiarzegodzin tygodniowo ***

- korzystanie z usług różnych instytucji - **w wymiarzegodzin tygodniowo ,**

b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:

- pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne - **w wymiarze ... godzin tygodniowo ,**

- ułatwienie dostępu do edukacji i kultury - **w wymiarzegodzin tygodniowo ,**

- doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

- kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

- współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:

- w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych - □ w wymiarzegodzin tygodniowo *

- w wypełnieniu dokumentów urzędowych - □ w wymiarzegodzin tygodniowo *

d) 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 wymiarzegodzin tygodniowo ,

- w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia - □ w wymiarzegodzin tygodniowo *

- w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

- w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:

- nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

- pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach - □ w wymiarzegodzin tygodniowo *

- zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe - □ w wymiarzegodzin tygodniowo .

2) Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych - □ w wymiarzegodzin tygodniowo *

b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece - □ w wymiarzegodzin tygodniowo *

d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania - □ w wymiarzegodzin tygodniowo ,

e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ,**

f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ***,

g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ***.

3) 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 :

a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ,**

b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ***.

4) Pomoc mieszkaniowa, w tym:

a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ***,

b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo ***,

c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo .**

5) 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 - □ **w wymiarzegodzin tygodniowo .**

Wskazane jest, aby osoby prowadzące usługi miały odpowiednie przygotowanie w zakresie pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w OPS, na okres

Informacje dla terapeutów ** :

1) Dziecko od będzie uczęszczało do
/data/ /przedszkola, szkoły/

.....
/przedszkola, szkoły/

Warunkiem dobrego funkcjonowania i zaadoptowania się dziecka w ww. placówce jest wspomaganie go poprzez systematyczne zajęcia w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych.

2) Pomimo że dziecko uczęszcza do

/przedszkola, szkoły/

.....

/przedszkola, szkoły/

niezbędne są specjalistyczne usługi opiekuńcze, ponieważ wymaga dodatkowego wsparcia.

*** - odpowiednio zakreślić poprzez postawienie znaku „ X ” i wypełnić liczbę godzin tygodniowo**

**** - odpowiednio wypełnić**

.....

/ data i podpis lekarza specjalisty /