



Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

<b>DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O OBJĘCIE WSPARCIEM W RAMACH PROJEKTU „ROZWÓJ USŁUG ŚRODOWISKOWYCH W GMINIE OŻAROWICE”</b>		
<b>imię i nazwisko</b>		
<b>PESEL</b>		
<b>miejsce zamieszkania</b>		
<b>1</b>	Wyżej wymieniona osoba z uwagi na wiek, schorzenia, niepełnosprawność wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez objęcie usługami opieki środowiskowymi.	<b>TAK/NIE</b>
<b>2</b>	Wyżej wymieniona osoba wymaga również objęcia opieką długoterminową w postaci usług rehabilitacyjnych	<b>TAK/NIE</b>
Jednocześnie zaświadczam, że stan zdrowia nie kwalifikuje kandydata/tki do umieszczenia w placówce pobytu całodobowego (DPS, ZOL, ZPO)		
<b>miejsowość, data</b>		
<b>pieczęć i podpis lekarza</b>		
<b>pieczęć podmiotu leczniczego</b>		

