Załącznik nr 4

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Projekt: „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja" realizowany w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Oś priorytetowa VII - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc w formie usług opiekuńczych ……
2. Wiek ……
3. Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych od dnia ……. do dnia ……. w wymiarze ……. godz. w dni robocze …….
4. Proszę podać zakres niezbędnych świadczeń do zapewnienia przez Centrum Usług Społecznych:
   1) Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych, a w szczególności: pomoc w utrzymaniu czystości w zajmowanych pomieszczeniach, przygotowywanie posiłku, robienie zakupów, opieka higieniczna, toaleta, kąpiel itp.,
   2) Wspieranie procesu leczenia: umawianie wizyt lekarskich i pielęgniarskich, realizacja recept, itp.,
   3) Pomoc w podtrzymaniu psychofizycznej kondycji osoby: rozmowy, spacery, itp.

……. (miejscowość i data)

……. (podpis i pieczątka lekarza)