

Załącznik nr 2A do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
numer identyfikacyjny REGON)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię kandydata/cki do Dziennego Domu Pobytu w Rakowej	
PESEL	
Adres Zamieszkania	

1. Niniejszym zaświadczam, że Pani / Pan wyżej wymieniona/y jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego takich jak<sup>1</sup>:

- robienie zakupów,
- przygotowanie i spożywanie posiłków,
- utrzymanie higieny osobistej,
- kontrolowanie czynności fizjologicznych,
- sprzątanie i prowadzenie mieszkania,
- poruszanie się, wychodzenie z domu,
- inne (wskazać jakie) .....

2. Stwierdzam, że dla ww. Pani/ Pana:

- nie ma przeciwwskazań
- istnieją przeciwwskazania

do korzystania z usług Dziennego Domu Pomocy<sup>2</sup> w ramach Projektu pn.: „Dzienny Dom Pobytu w Rakowej”

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty)

<sup>1</sup> Zaznaczyć właściwe

<sup>2</sup> Dzienny domy pomocy (DDP) jest ośrodkiem wsparcia przeznaczonym dla osób powyżej 60 roku życia, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki, wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zapewniającym całodzienne usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz aktywizację w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej