

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 Brzozowie	
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 jak¹:

- robienie zakupów,
- przygotowanie i spożywanie posiłków,
- utrzymanie higieny osobistej,
- kontrolowanie czynności fizjologicznych,
- sprząatanie 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 Pomocy² w ramach Projektu pn.: Dzienny Dom Pobytu w Brzozowie „Centrum Wsparcia dla Osób Niesamodzielných”

.....
(data)

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

¹ Zaznaczyć właściwe

² Dzienny domy pomocy (DDP) jest ośrodkiem wsparcia przeznaczonym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zapewniającym całodziennie usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz aktywizację w sferze fizycznej, intelektualnej oraz społecznej