

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE
LEKARZA PSYCHIATRY/LEKARZA NEUROLOGA***

**dla celów ubiegania się o skierowanie
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starogardzie Gdańskim**

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

Pani/Pan

zam. 83-200 Starogard Gdański ul.

PESEL

II. Rozpoznanie:**

.....
.....
.....
.....
.....

III. Wskazany według schorzenia typ ŚDS*:**

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* niewłaściwe skreślić;

** zaświadczenie winno określić występujące zaburzenia psychiczne;

*** typy środowiskowych domów samopomocy:

Typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych;

Typ B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;

Typ C - dla wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych;

Typ D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Podstawa prawna: § 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (Dz. U. z 2010 r. Nr 238, poz. 1586 z późn. zm.¹).

¹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1752, z 2018 r. poz. 2411 oraz z 2019 r. poz. 967.