

## Wymagane dokumenty do ŚDS w Suminie

1. Wniosek o skierowanie osoby do Środowiskowego Domu Samopomocy.
2. Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych.
3. Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach w ŚDS wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.
4. Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.
5. Dokumenty potwierdzające osiągnany dochód przez osobę ubiegającą się o skierowanie do ŚDS w formie zaświadczenia (lub oświadczenia) o dochodach decyzji o przyznaniu świadczeń rentowych, emerytalnych lub innych.
6. Dokumenty potwierdzające osiągnany dochód przez wszystkich członków rodziny wspólnie gospodarujących.

Dokumenty powyższe składa się we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej Ośrodka Pomocy Społecznej.

.....  
(imię i nazwisko)

....., dnia.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
PESEL

.....  
(telefon)

**Wniosek o skierowanie  
do Środowiskowego Domu Samopomocy  
w Suminie**

Proszę o przyjęcie mnie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Suminie w charakterze uczestnika.

Informuję, że jestem osobą niepełnosprawną pod opieką lekarza specjalisty (psychiatry, neurologa) i jestem zainteresowany udziałem w zajęciach terapeutycznych prowadzonych w Waszym Domu.

Proszę o przyznanie pomocy w formie skierowania na pobyt dzienny do Środowiskowego Domu Samopomocy w Suminie.

.....  
(podpis uczestnika/ opiekuna prawnego)

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza psychiatrę lub neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych.
2. Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności o ile takie posiada .

Akceptuję wniosek pozytywnie/negatywnie. Termin przyjęcia został uzgodniony w porozumieniu z osobą kierowaną /jej opiekunem na dzień .....

.....  
/Kierownik ŚDS/

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/lekarza psychiatry lub lekarza neurologa/

Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Suminie

.....  
/imię i nazwisko, data urodzenia/

.....  
/adres zamieszkania/

### I. Rozpoznanie kliniczne

#### 1. zaburzenia psychiczne

- a. choroba psychiczna.....
- b. inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych.....

- 2. upośledzenie umysłowe/demencja.....
- 3. epilepsja (rodzaj napadów).....
- 4. inne zaburzenia neurologiczne.....

### II. Wywiad, istotne dane kliniczne

- 1. Objawy choroby.....
- 2. Zalecane leki (nazwa, dawkowanie).....

### III. Proponowany okres korzystania z usług ŚDS w Suminie.....

### IV. Wskazania lekarza dotyczące zakwalifikowania uczestnika do typu Domu:\*

Typ A – dla osób przewlekłe chorych psychicznie

Typ B – dla osób upośledzonych umysłowo

Typ C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

### V. Uwagi uzupełniające.....

.....  
/Miejscowość i data/

.....  
/Podpis i pieczęć lekarza specjalisty/

Zaświadczenie wydaje lekarz rodzinny  
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do  
Środowiskowego Domu Samopomocy

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. PESEL: .....
4. Ocena sprawności ruchowej osoby\*:
  - porusza się samodzielnie,
  - porusza się z pomocą innych osób,
  - porusza się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego,
  - nie porusza się samodzielnie ( na wózku inwalidzkim),
5. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych:
  - samodzielny,
  - wymaga częściowej pomocy
  - wymaga stałej pomocy,
  - zupełnie niesamodzielny,
6. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji  
( wpisać w przypadku osób z niepełnosprawnością fizyczną).  
.....  
.....
7. Ocena zdolności porozumiewania się: (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu, wzroku):  
.....  
.....  
.....
8. Informacje o innych schorzeniach, zażywanych lekach:  
.....  
.....  
.....
9. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań\* do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy.

\*właściwe zakreślić

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza rodzinnego