Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia zaświadczam, że Pan/Pani

Imię i nazwisko ……

Zamieszkały/ła ……

PESEL ……

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

Wskazanie do objęcia usługami w formie*:

☐ Usługi świadczone w społeczności lokalnej - USŁUGI OPIEKUŃCZE

☐ Usługi świadczone w społeczności lokalnej - USŁUGI ASYSTENCKIE

…… ……..……..
data *Pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty*

* Zaznaczyć właściwe