

**WNIOSEK O PRYZNANIE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY UPOŚLEDZONEJ UMYSŁOWO LUB WYKAZUJĄCYCH
INNE PRZEWLEKŁE ZABURZENIA CZYNNOŚCI PSYCHICZNYCH**

**Stopień sprawności osoby ubiegającej się o pomoc w formie specjalistycznych usług
opiekuńczych(wypełnia wnioskodawca)**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych(w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych - również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą wymagającą pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych, a także imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....

2. Data urodzenia

.....

.....

3. Miejsce zamieszkania

.....

.....

telefon kontaktowy

.....

.....

4. Ogólna ocena sprawności ruchowej

.....

.....

.....

5. Ogólna ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych

.....

.....

.....

6. Ogólna zdolność porozumiewania się

.....

.....

.....

7. Podać z jakiego zakresu, wymiaru usług, w jakich placówkach korzysta osoba wymagająca pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych i czy jest on wystarczający. W sytuacji, kiedy zakres usług jest niewystarczający należy podać przyczyny. W przypadku zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych przez podmioty wymienione w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego wymagana jest pisemna informacja z placówki świadczącej usługi potwierdzająca niedostępność zajęć.

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

8. Rodzaj i wymiar zleconych w bieżącym roku oddziaływań w ramach

NFZ.....
.....
.....
.....

9. Oczekiwania co do zakresu i wymiaru specjalistycznych usług

opiekuńczych.....
.....
.....
.....

.....

Podpis wnioskodawcy

Opinia lekarza neurologa lub psychiatry dotycząca osoby ubiegającej się o pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych

Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdza się u osoby badanej

.....
Imię i nazwisko, adres

Rozpoznanie - wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD – 10:

1. Upośledzenie umysłowe

.....
.....
2. Choroba psychiczna

.....
.....
3. Inne zakłócenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych

.....
.....
4. Epilepsja

.....
.....
5. Wskazany rodzaj oddziaływań/terapii*

1) uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza - kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak: samoobsługa, dbałość o higienę i wygląd, - wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne,

2) rehabilitacja fizyczna i usprawnianie w różnych formach terapii zaburzonych funkcji organizmu w zakresie

nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych (Dz. U. z 2016r., poz. 1793 ze zm.)

3) wspieranie psychologiczno-pedagogiczne i edukacyjno-terapeutyczne zmierzające do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług

4) zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych.

6. Czy oferowany zakres oddziaływań jest wystarczający: Tak Nie*

7. Jeżeli zakres oddziaływań nie jest wystarczający – podać przyczyny

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

.....

podpis i pieczęć lekarza

* Właściwe zakreślić