

**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 zaświadczenie z placówki świadczącej usługi potwierdzające przyznane zajęcia lub niedostępność tych zajęć.

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

8. Rodzaj i wymiar zleconych w bieżącym roku oddziaływań w placówkach w ramach NFZ (wymagane zaświadczenie o wymiarze lub braku dostępności zalecanego rodzaju terapii)

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

9. Oczekiwania co do zakresu i wymiaru specjalistycznych usług opiekuńczych.....

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

.....

Podpis wnioskodawcy

.....

Data

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 2025r. poz. 1461 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 oraz łączną zalecaną ilość godzin z uwzględnieniem godzin przyznanych na NFZ i w placówkach oświaty oraz rodzaj zalecanej terapii

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

.....

podpis i pieczęć lekarza

* Właściwe zakreślić