**Załącznik nr 3**

….................................................................................... Data…………………………..

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

*lub praktyki lekarskiej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania treningowego lub wspomaganego wskazujące na potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu bez konieczności zapewnienia usług całodobowej opieki,**

**DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA TRENINGOWEGO LUB WSPOMAGANEGO[[1]](#footnote-1)**

Imię i nazwisko.............................................................................................................................

Wiek .................................................... PESEL ......................................................................

Adres zamieszkania (pobytu) ………….......................................................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej ....................................................................................…………………………………………………………..................................................................................................................... ……………………………………………………………………………………………….
2. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące, uzależnienia

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

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

……………………………………………………………………………………………..

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

4. Rokowania ………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………..………………………

……………………………………………………………………………………………….

5. Czy osoba wymaga ze względu na stan zdrowia , całodobowej opieki?

TAK stale / okresowo

NIE stale / okresowo

6. Ogólny stan psychofizyczny osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkania treningowego lub wspomaganego, a w szczególności:

* Sprawność ruchowa:
* Osoba leżąca,
* Chodzi samodzielnie
* Porusza się z pomocą innych osób,
* Porusza się z pomocą sprzętu pomocniczego – rehabilitacyjnego ( proszę podać jaki) ………………………………………………………………..
* Nie chodzi samodzielnie
* Zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych:
* Samodzielnie,
* Wymaga częściowej pomocy
* Całkowicie przy pomocy osób drugich
* Zdolność porozumiewania się ( ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku) ……………………………………………………………………………..
* Zdolność przyjmowania posiłków:
* Samodzielnie
* Wymaga częściowej pomocy
* Całkowicie przy pomocy osób drugich

**7. Stan zdrowia badanej osoby pozwala / nie pozwala na skierowanie do mieszkania treningowego lub wspomaganego, gdzie nie ma zapewnionej całodobowej opieki.**

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*……………………………………………………………………………..*

1. Osoba ubiegającą się o umieszczenie w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym może być zgodnie z art. 53 ust.1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej – „Osobie pełnoletniej, która ze względu na trudną sytuację życiowa, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie bezdomnej, osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskała w Rzeczpospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt. 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, może być przyznane wsparcie w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym”. [↑](#footnote-ref-1)