**Załącznik nr 4**

 **Z a ś w i a d c z e n i e**

 **o braku przeciwskazań do pobytu w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym, o stabilności stanu psychicznego oraz o systematycznym leczeniu psychiatrycznym**

 *Zaświadczenie wydaje się za zgodą i wiedzą kandydata. Przeznaczone będzie do celów rekrutacji*

Mieszkanie treningowe lub wspomagane może być przeznaczone jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Celem funkcjonowania mieszkań jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji, których nie są one w stanie pokonać same oraz doprowadzenie do usamodzielnienia tych osób i ich integracji ze środowiskiem. Wsparcie świadczone w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym **nie zapewnia usług całodobowej opieki.**

Jeżeli kandydat do mieszkania jest leczony w Poradni Zdrowia Psychicznego wymagane jest zaświadczenie lekarza psychiatry o stanie zdrowia uzasadniające korzystanie z tej formy pomocy i braku przeciwwskazań do pobytu w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym

Pan/ Pani…………………………………………………………………………………...

zamieszkały/ła w ……………………………………………………………………..

Leczony/a psychiatrycznie od………………………………………………………

z powodu *( diagnoza*):………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………...

Przyjmuje leki ( *nazwa i dawkowanie*)……………………………………………..

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ilość hospitalizacji………………………………………………………………...

**Wskazania do korzystania z tej formy pomocy - wskazana/ niewskazana pomoc w formie pobytu w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym**

 ……………………………………………………………….

 ( data, podpis i pieczątka lekarza prowadzącego)