

**WNIOSEK o przyznanie pomocy w formie skierowania
do Środowiskowego Domu Samopomocy**

Dane wnioskodawcy

/imię i nazwisko oraz data urodzenia/

zam. tel.....

Dane opiekuna prawnego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)

.....

/imię i nazwisko oraz data urodzenia/

zam. tel.....

Osoba do kontaktu (w przypadku braku opiekuna prawnego)

.....

/imię i nazwisko/

zam. tel.....

Proszę o przyznanie pomocy w formie skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy we Wroniu na pobyt dzienny.

.....
/za zgodność podpisu/

.....
/podpis osoby zainteresowanej
lub opiekuna prawnego/

Załączniki:

- 1) Zaświadczenia lekarza rodzinnego
- 2) Zaświadczenie lekarza psychiatry lub lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych

Odpłatność miesięczną za usługi świadczone w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 5% kwoty dochodu osoby samotnie gospodarującej lub kwoty dochodu na osobę w rodzinie, **jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej przekracza 1902,00 zł lub dochód na osobę w rodzinie przekracza 1542,00 zł.**

Sytuację osobistą, rodzinną, dochodową i majątkową osoby lub rodziny ustala się na podstawie następujących dokumentów:

- 1) dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 2) skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka lub książeczki zdrowia dziecka (do wglądu);
- 3) dokumentów określających status cudzoziemca w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) decyzji właściwego organu w sprawie renty, emerytury, świadczenia przedemerytalnego lub zasiłku przedemerytalnego, emerytury pomostowej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej;
- 5) orzeczenia komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia wydanego przed dniem 1 września 1997 r., orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenia komisji lekarskiej;
- 6) orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności;
- 7) zaświadczenia albo oświadczenia o wysokości wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia, zawierającego informacje o wysokości potrąconej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składki na ubezpieczenie chorobowe;
- 8) zaświadczenia albo oświadczenia o wysokości wynagrodzenia uzyskiwanego na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych (usług rolniczych), zawierającego informacje o potrąconej zaliczce na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w części finansowanej przez ubezpieczonego oraz składki na ubezpieczenie chorobowe;
- 9) zaświadczenia albo oświadczenia o okresie zatrudnienia, w tym o okresach, za które były opłacane składki na ubezpieczenia społeczne, oraz o okresach nieskładkowych;
- 10) dowodu otrzymania renty, emerytury, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, emerytury pomostowej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, uposażenia w stanie spoczynku, renty strukturalnej oraz renty socjalnej;
- 11) zaświadczenia urzędu gminy albo oświadczenia o powierzchni gospodarstwa rolnego w hektarach przeliczeniowych;
- 12) zaświadczenia albo oświadczenia o kontynuowaniu nauki w gimnazjum, szkole ponadgimnazjalnej, szkole ponadpodstawowej lub szkole wyższej;
- 13) decyzji starosty o uznaniu lub odmowie uznania za osobę bezrobotną, utracie statusu osoby bezrobotnej, o przyznaniu, odmowie przyznania, wstrzymaniu, wznowieniu wypłaty oraz utracie lub pozbawieniu prawa do zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia szkoleniowego, stypendium, dodatku aktywizacyjnego albo oświadczenia o pozostawaniu w ewidencji bezrobotnych lub poszukujących pracy;
- 14) decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o ustaleniu kapitału początkowego;
- 15) zaświadczenia albo oświadczenia o zobowiązaniu do opłacania składki na ubezpieczenie społeczne rolników;
- 15a) dowodu opłacenia składki na ubezpieczenie społeczne rolników;
- 15b) dowodu opłacenia składki na ubezpieczenie społeczne przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą;
- 16) zaświadczenia albo oświadczenia o zadeklarowanej podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą;
- 17) zaświadczenia albo oświadczenia, o których mowa w art. 8 ust. 7 i 8;
- 18) zaświadczenia albo oświadczenia o uzyskaniu dochodu, o którym mowa w art. 8 ust. 11 i 12;
- 19) decyzji organów przyznających świadczenia pieniężne;
- 20) oświadczenia o stanie majątkowym.

W przypadku gdy okoliczności sprawy, mające wpływ na prawo do świadczeń, wymagają potwierdzenia innym oświadczeniem lub dokumentem niż wymienionym powyżej, można domagać się takiego oświadczenia lub dokumentu np.:

- 1) **Zaświadczenia lekarza rodzinnego**
- 2) **Zaświadczenie lekarza psychiatry lub lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych**

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

Wiek

2. Czy osoba wymaga okresowego pobytu w środowiskowym Domu Samopomocy?

Tak

Nie*

3. Choroby somatyczne

Diagnoza:.....

.....

Zalecenia (stosowane leki, dawkowanie):

.....

.....

.....

Sprawność w zakresie lokomocji (dotyczy osób niepełnosprawnych fizycznie)

.....

.....

4. Proszę podać zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia przez Środowiskowy Dom Samopomocy:

pielęgnacja chorych;*

pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym;*

leczenie, badanie i porady lekarskie;*

rehabilitacja lecznicza;*

badanie i terapia psychologiczna;*

działanie zapobiegawcze.*

5. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w Środowiskowym Domu Samopomocy?

Tak

Nie*

.....

.....

Miejscowość i data

podpis i pieczęć lekarza

*Właściwe proszę podkreślić

Wyjaśnienie: Przeciwwskazaniem do umieszczenia w środowiskowym Domu Samopomocy jest: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy dla osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.

Zaświadczenie lekarza psychiatry lub lekarza neurologa o występujących zaburzeniach psychicznych

Na podstawie badań klinicznych z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się u osoby badanej

.....

1. ROZPOZNANIE – wpisać dokładnie rozpoznanie kliniczne zgodnie z ICD – 10 z podaniem kategorii

- zaburzenia psychiczne

.....
.....

- choroba psychiczna

.....
.....

- inne zakłócenia możliwości psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych

.....
.....

- uzależnienia:

- | | | | |
|----|---------------------|-----|------|
| a) | Alkoholizm: | tak | nie* |
| b) | Narkomania: | tak | nie* |
| c) | Lekomania: | tak | nie* |
| d) | Inne (wpisać jakie) | | |

.....

2. Upośledzenie umysłowe:

.....
.....

3. Epilepsja: tak nie*

4. W/wymieniona osoba stanowi zagrożenie:

- dla siebie tak nie*

- dla otoczenia tak nie*

5. Ostatni pobyt w szpitalu psychiatrycznym (dołączyć kserokopię)

.....

/czas pobytu/

.....

/częstość hospitalizacji/

6. Objawy choroby (dokładny opis)

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

Na podstawie badań klinicznych z dnia oraz załączonych wyników badań dodatkowych stwierdza się, że badana osoba

.....

/imię i nazwisko/

Powinna być skierowana do Środowiskowego Domu Samopomocy*.

Nie kwalifikuje się do Środowiskowego Domu Samopomocy (typ ABC) z powodu przeciwwskazań zdrowotnych*.

W/w zalecono pobieranie leków (dokładnie wypełnić- nazwa leku i dawkowanie)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

*Wyjaśnienie: **Przeciwwskazaniem do umieszczenia w środowiskowym Domu Samopomocy jest: choroba zakaźna, choroba psychiczna powodująca zagrożenie dla zdrowia i życia osoby ubiegającej się o umieszczenie w Środowiskowym Domu Samopomocy dla osób z jej otoczenia oraz gruźlica w stadium zakaźnym.***

.....

/miejsowość i data/

.....

/podpis i pieczęć lekarza/

*właściwie podkreślić