



.....
(Pieczęć Ośrodka Zdrowia/
Poradni Specjalistycznej)

.....
(Miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie (na potrzeby skorzystania z usług opiekuńczych)

Zaświadcza się, że Pan/i zamieszkały/a
..... PESEL.....
jest osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Pan/i **wymaga/nie wymaga¹** pomocy innych osób.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

¹ Niewłaściwe skreślić



.....
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....
(Miejscowość, data)

Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych

Zaświadcza się, że Pan/i zamieszkały/a
.....PESEL.....
korzysta/nie korzysta ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych.

Pan/i korzystał/a z następujących usług opiekuńczych/specjalistycznych²:

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

w okresie od do

.....
(podpis i pieczęć kierownika/dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej)

² Uzupelnic w przypadku osób korzystajacych z uslug opiekuńczych/specjalistycznych.