

**ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z USŁUG  
ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY  
W KRAPKOWICACH**

Pani / Pan \_\_\_\_\_ zam. w \_\_\_\_\_

Rodzaj zaburzenia \_\_\_\_\_

wpisano na podstawie: (właściwie zakreslić) - badania - rozpoznania lekarskiego  
zawartego w aktach - orzeczenia KIZ - innego dokumentu (jakiego) \_\_\_\_\_

**Zalecane zajęcia z zakresu:**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| * terapii grupowej   | tak | nie |
| * terapii zajęciowej   | tak | nie |
| * terapii rodzinnej  | tak | nie |
| * rehabilitacji  | tak | nie |
| * opieki pielęgniarstwa  | tak | nie |
| * organizacja wsparcia<br>w miejscu zamieszkania.<br>w pracy w szkole itp.       | tak | nie |
| * poradnictwo: (właściwie podkreślić) pedagogiczne, prawne, psychologiczne, inne |     |     |
| * inne (jakie) _____   |     |     |