

**Zaświadczenie lekarskie**  
**o potrzebie wsparcia w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych**  
**w ośrodku wsparcia<sup>1</sup>**

Wzór<sup>2</sup>

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani .....  
zamieszkały/a.....  
data urodzenia.....

jest osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

Nie ma przeciwwskazań do udziału w zajęciach prowadzonych w dziennym ośrodku wsparcia.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

---

<sup>1</sup> W rozumieniu art. 51 ust. 1-4 ustawy o pomocy społecznej ośrodki wsparcia są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, typu wsparcia dziennego skierowane do osób, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

<sup>2</sup> Dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów.