

**Zaświadczenie lekarskie**  
**o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**  
**w ośrodku wsparcia<sup>1</sup>**

Wzór<sup>2</sup>

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani .....

zam. .... PESEL: .....

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

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

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

---

<sup>1</sup> W rozumieniu art. 51 ust. 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.