Mikołów., dnia ..................................

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadczam, że Pan/Pani ........................................................................................
zam. …..........................................................................................................................................

z uwagi na niepełnosprawność wymaga wsparcia w formie usług asystenta osoby niepełnosprawnej przez okres ............................................miesięcy/trwale\*

Ustalam dla w/wymienionego następujący zakres świadczonych usług asystenta osoby niepełnosprawnej (**zaznaczyć właściwy zakres usług,** **pod każdym wskazanym punktem prosimy dopisać wymiar czasowy godzin usług**):

**Wspieranie w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania społecznego, w szczególności**:

 wsparcie w przemieszczaniu się m.in. do lekarza, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asysta w tych miejscach.,

 spędzanie czasu wolnego , w tym wsparcie podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych, tłumaczenie na język migowy,

* inne (wpisać jakie)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Wymiar czasowy usług asystenckich:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Wspieranie w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania zawodowego, w szczególności:**

 wsparcie w przemieszczaniu się do pracy, urzędów pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo oraz asysta w tych miejscach i zajęciach,

* inne (wpisać jakie)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wymiar czasowy usług asystenckich:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Wspieranie w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do aktywnego funkcjonowania edukacyjnego, w szczególności:**

 wspieranie w przemieszczaniu się do szkół i placówek oświatowych oraz na ich terenie, wsparcie podczas zajęć edukacyjnych i w procesie uczenia; gromadzenie materiałów, korzystanie z biblioteki ,

* inne (wpisać jakie)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wymiar czasowy usług asystenckich:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 …................................................

 pieczątka i podpis lekarza

\*właściwe zaznaczyć