



.....
(Pieczęć Ośrodka Zdrowia)

.....
(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 Niewłaściwie skreślić



.....
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....
(Miejscowość, data)

Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy w ramach FE PŻ

Zaświadcza się, że Pan/i zamieszkały/a

.....PESEL.....

korzysta/nie korzysta z pomocy żywnościowej w ramach programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027.

Zaświadcza się, że w/w Pan/i:

- skorzystał/a z następujących działań towarzyszących:

.....
.....

- nie skorzystał/a z działań towarzyszących.

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



.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
(Miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie **(na potrzeby skorzystania ze specjalistycznych usług opiekuńczych)**

Stwierdzam, że u pacjenta/ki
zamieszkałego/łej PESEL
..... nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia i/lub pacjent/tka
jest w stanie po przebytym zabiegu medycznym² w związku z czym wymaga
dodatkowych zabiegów w miejscu zamieszkania w formie:

.....
w ilości _____ godz.

.....
(Informacje o dodatkowych zaleceniach opiekuńczych)

Zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Fundacja imienia Braci Sołuńskich - Cyryla i Metodego realizującej projekt pn.
„Usługi opiekuńcze i specjalistyczne na terenie powiatu przeworskiego”.

.....
Podpis i pieczętka lekarza

² Właściwe podkreślić