

**W N I O S E K**  
**osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej**

**Imię i nazwisko**.....  
**Data i miejsce urodzenia** .....  
**Adres zamieszkania**.....  
**Nr PESEL:** \_ \_ \_ \_ \_

Na podstawie art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z późn. zm) zwracam się z prośbą o rozpatrzenie możliwości umieszczenia w domu pomocy społecznej.

**UZASADNIENIE WNIOSKU \***  
(wypełnia osoba ubiegająca się o umieszczenie lub jej przedstawiciel ustawowy)

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej oraz zgadzam się na potrącanie odpłatności z moich dochodów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

.....  
*data, czytelny podpis osoby\*\**

Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie lekarskie
  - 2) dokumentację medyczną,
  - 3) inne dokumenty
- (jakie?).....  
.....  
.....

\* uzasadnienie powinno zawierać wskazanie przyczyny z powodu których osoba ubiega się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

\*\* czytelny podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego

## Z A Ś W I A D C Z E N I E      L E K A R S K I E \*

**1) IMIĘ I NAZWISKO** osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej

.....  
**wiek**.....

**2)** Jest osobą przewlekle chorą i stan jej zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego    1. tak 2. nie

**3)** Wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

**stale**            1. tak 2. nie

**okresowo**    1. tak 2. Nie

**4)** Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w domu pomocy społecznej  
1. **tak** 2. **nie**

- Zalecana konsultacja **lekarza psychiatry**    \* 1. tak 2. nie

- Zalecana konsultacja **psychologa**            \*\* 1. tak 2. nie

**5)** Powinien (powinna) być umieszczony(a) w **domu pomocy społecznej** na pobyt całodobowy o **profilu**:\*

1) dla osób w podeszłym wieku,

2) dla osób przewlekle somatycznie chorych,

3) dla osób przewlekle psychicznie chorych,

4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,

5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,

6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie,

**\* właściwe podkreślić**

Miejscowość .....

Data .....

.....  
*Podpis i pieczęć lekarza*

\* W wypadku występowania **choroby psychicznej** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **lekarza psychiatry**.

\*\* W wypadku występowania **upośledzenia umysłowego** u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej, do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie **psychologa**.

**Zaświadczenie lekarskie  
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o umieszczenie  
w domu pomocy społecznej**

**Imię i nazwisko**.....  
Data urodzenia.....  
Adres zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

.....  
.....  
..... (opis w języku polskim )

**2. Przebieg schorzenia podstawowego**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia (w załączeniu)

.....  
.....  
.....

**7. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji: (właściwe podkreślić)**

a) **osoba jest:**

- osobą leżącą,
- porusza się samodzielnie,
- przy pomocy sprzętu rehabilitacyjnego- jakiego?.....
- z pomocą drugiej osoby;

b) **przyjmuje pokarmy:**

- samodzielnie,
- jest karmiona przez drugą osobę,
- wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....  
.....

c) **rodzaje ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....  
.....

d) **rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**  
.....  
.....

e) **rodzaje i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia\*, tygodnia\*, miesiąca\***.....  
.....  
.....

f) **częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, miesiącu**  
.....  
.....

.....  
(podpis lekarza)

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie wydaje psycholog dla osoby upośledzonej umysłowo ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej (dla dzieci od 3 roku życia zaświadczenie wystawia tylko poradnia psychologiczno – pedagogiczna)

## ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

Miejscowość .....Data.....

1. **Imię i nazwisko** osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu ..... **IQ:**.....

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej pod względem:

a) intelektualnym .....

b) emocjonalnym .....

c) społecznym .....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań .....

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do domu pomocy społecznej pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeżeli tak, to z jakiego powodu? .....

.....

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?.....

.....

6. Przebieg dotychczasowej rehabilitacji .....

.....

.....

7. **Psycholog** (ewentualnie lekarz ) **prowadzący** (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa .....

.....

.....

.....  
(*podpis i pieczęć psychologa*)

Zaświadczenie wydaje lekarz  
psychiatra dla osoby chorej psychicznie  
ubiegającej się o skierowanie do **domu**  
**pomocy społecznej**

.....  
*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

.....  
(data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

**1. Imię i nazwisko osoby** ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

..... **wiek** .....

**2. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna** .....

.....  
.....

**3. Przebieg leczenia:**

a. data pierwszej hospitalizacji ....., ostatniej.....

b. liczba hospitalizacji ....., łączny czas hospitalizacji .....

c. główne powody hospitalizacji .....

.....  
.....

**4. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego** osoby badanej i prognoza stanu zdrowia

.....  
.....  
.....

**5. Charakterystyczne cechy funkcjonowania w środowisku** osoby ubiegającej się  
o skierowanie do domu pomocy społecznej .....

.....  
.....  
.....

**6. Lekarz prowadzący** (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) .....

.....  
.....

**7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza** .....

.....  
.....  
.....  
.....

Miejscowość:.....

.....  
(podpis i pieczęć psychiatry)