

.....
(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

**OPINIA DOTYCZĄCA SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY
I OŚRODKA WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI)**
(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w przypadku osób niepełnoletnich lub osób ubezwłasnowolnionych - również imię i nazwisko osoby składającej wniosek oraz stopień pokrewieństwa z osobą ubiegającą się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi):

.....
.....

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Miejsce zamieszkania:

- zameldowanie na pobyt stały:.....
- zameldowanie na pobyt czasowy:.....
- tymczasowe miejsce pobytu:.....

4. Sytuacja prawna osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?
- Jeśli tak to całkowicie, czy częściowo?

5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej podać imię i nazwisko oraz adres przedstawiciela ustawowego:

.....
.....

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

A) Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

1. Ocena sprawności ruchowej:

.....
.....

2. Ocena możliwości samodzielnego zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych:

.....

.....
3. Ocena zdolności porozumiewania się:
.....
.....

4. Preferowane formy spędzania czasu wolnego (zainteresowania):
.....
.....

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i osoby występującej w jej imieniu, co do warunków pobytu i zakresu usług świadczonych przez placówkę:
.....
.....

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w środowiskowym domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zarówno pozytywne, jak i negatywne):
.....
.....

B) Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

1. Dane o rodzinie:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres	Nr telefonu	Stopień pokrewieństwa
1				
2				
3				
4				
5				
6				

2. Opinia ośrodka pomocy społecznej na temat możliwości funkcjonowania osoby w środowisku (podać, co utrudnia samodzielne funkcjonowanie w środowisku):
.....
.....

3. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy i ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi:
.....
.....

.....
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do placówki)

.....
(podpis pracownika socjalnego)

.....
(miejsowość i data)

.....
(kierownik ośrodka pomocy społecznej)