

Opinia dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu
dotycząca specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci / młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania*

1. Imię i nazwisko dziecka:.....PESEL.....

2. Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

I. Opinia szkoły/ przedszkola nt. w/w dziecka wydana przez (nazwa placówki):

.....

1) Czy dziecko posiada opracowany Indywidualny Program Edukacyjno -Terapeutyczny na bieżący rok szkolny?

a) Jeśli tak, to proszę o podanie liczby godzin, form pomocy jakimi dziecko jest objęte, ponad obowiązkowy program nauczania, a zwłaszcza:

-wsparcie pedagoga specjalnego/ liczba godzin miesięcznie/ forma.....

-wsparcie psychologa/ liczba godzin miesięcznie/ forma.....

-wsparcie pedagoga / liczba godzin miesięcznie/forma.....

-wsparcie oligofrenopedagoga/ liczba godzin miesięcznie/ forma.....

-wsparcie logopedy/ liczba godzin miesięcznie/ forma.....

-inny specjalista –jaki?/ liczba godzin miesięcznie...../ forma.....

-inny specjalista –jaki?/ liczba godzin miesięcznie/ forma.....

-inny specjalista –jaki?/ liczba godzin miesięcznie/ forma.....

b) Jeśli nie posiada, to proszę o podanie przyczyny:

.....

.....

2) Czy dziecko ma możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów w ramach pomocy organizowanej przez szkołę/przedszkole, a rodzic zrezygnował z proponowanej formy?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, to proszę o wskazanie z pomocy jakich specjalistów może dodatkowo skorzystać:

-specjalista –jaki?/ liczba godzin miesięcznie.....

-specjalista –jaki? / liczba godzin miesięcznie.....

3) Uwagi szkoły/ przedszkola w zakresie organizowania dla dziecka przez OPS dostępu do zajęć rewalidacyjno– wychowawczych w wyjątkowych przypadkach, jeśli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego:

.....

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
(pieczęć szkoły / przedszkola oraz pieczęć i podpis
osoby wystawiającej zaświadczenie)

*** opinia lekarza jest wypełniania dopiero po uzyskaniu informacji ze szkoły/ przedszkola**

II. Zaświadczenie lekarza psychiatry/neurologa

1. Dziecko posiada diagnozę w zakresie*:

- ☐ choroby psychicznej, jakiej.....
- ☐ upośledzenia umysłowego, w jakim stopniu.....
- ☐ innych poważnych zakłóceń czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym, jakich.....

2. Zalecenia lekarza dotyczące świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w środowisku:

w przypadku dzieci i młodzieży*:

- zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, **w wyjątkowych przypadkach, jeżeli nie mają możliwości uzyskania dostępu do zajęć, o których mowa w art.7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego.**

- ☐ zalecana dodatkowa liczba godzin miesięcznie ponad pomoc oferowaną przez szkołę/przedszkole:.....
cel /obszar pracy specjalisty:.....

- ☐ dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, ponieważ pomoc organizowaną przez szkołę/ przedszkole jest wystarczająca.

- ☐ -dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rehabilitacyjnych bądź rewalidacyjno-wychowawczych, ponieważ ma możliwości uzyskania dostępu do zajęć w ramach NFZ w tym celu otrzymało skierowanie do:

- rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu **w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Zalecenia:.....

3. Wskazanie przez lekarza kierującego jaki specjalista winien świadczyć usługę **(zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 lipca 2006 zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. §3.1 Specjalistyczne usługi są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi).**

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

.....
Miejscowość i data

.....
(pieczętka przychodni oraz pieczętka i podpis
lekarza psychiatry lub neurologa)