

Wypełniony dokument należy dostarczyć do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu
do dnia

Kędzierzyn-Koźle, dnia roku
podpis i pieczęć pracownika socjalnego

Potwierdzam odbiór dokumentu:
podpis rodzica / opiekuna prawnego

**Podmioty realizujące w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia świadczenia na rzecz
dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle**

Podmiot realizujący	Adres	Realizowane świadczenia
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SensiMed Poradnia Zdrowia Psychicznego	ul. Judyma 4 47-220 Kędzierzyn-Koźle	- porady psychiatryczne - porady psychologiczne - porady psychoterapeutyczne - konsultacje lekarza psychiatry
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu	ul. Mikołaja Reja 2A 47-224 Kędzierzyn-Koźle	- terapia logopedyczna
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS	ul. Zwycięstwa 4 47-225 Kędzierzyn-Koźle	- kompleksowa rehabilitacja dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (działania z zakresu fizjoterapii wspomagane są terapią logopedyczną, neurologopedyczną, psychologiczną i terapią zajęciową)

Imię i nazwisko dziecka: PESEL

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SensiMed Poradnia Zdrowia Psychicznego

Czy ww. dziecko jest objęte **wsparcia psychologa**: TAK / NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem:

- z ilu godzin miesięcznie dziecko korzysta z wsparcia:

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem psychologa:
- od kiedy może zostać udzielone ww. wsparcie:
- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone wsparcie:

.....
Pieczeń przychodni i podpis
osoby wypełniającej dokument

Kędzierzyn-Koźle, dnia

2. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu

Czy ww. dziecko jest objęte **terapią logopedyczną**: TAK / NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte ww. wsparciem:
- z ilu godzin miesięcznie dziecko korzysta z ww. wsparcia:

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte ww. wsparciem:
- od kiedy może zostać udzielone ww. wsparcie:
- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone ww. wsparcie:

.....
Pieczeń przychodni i podpis
osoby wypełniającej dokument

Kędzierzyn-Koźle, dnia

3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS

Czy ww. dziecko jest objęte wsparciem w formie **Dziennego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci**: TAK / NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem:
- z jakiej formy wsparcia / terapii dziecko korzysta oraz z ilu godzin miesięcznie:

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

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem ww. Ośrodka:
- od kiedy może zostać udzielone ww. wsparcie i jakie terapie mogą zostać zlecone:
.....
- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone ww. wsparcie:

.....
Pieczęć przychodni i podpis
osoby wypełniającej dokument

Kędzierzyn-Koźle, dnia