

Załącznik nr 1  
do wniosku o skierowanie  
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starogardzie Gdańskim  
(pkt. 2 ppkt. 1 Procedury kierowania osób  
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starogardzie Gdańskim)

..... (miejscowość, data)

.....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**LEKARZA PSYCHIATRY/LEKARZA NEUROLOGA\***  
**dla celów ubiegania się o skierowanie**  
**do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starogardzie Gdańskim**

**I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:**

Pani/Pan .....  
zam. 83-200 Starogard Gdański ul. ....  
PESEL .....

**II. Rozpoznanie\*\*:**

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

**III. Wskazany według schorzenia typ ŚDS\*\*\*:** .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* niewłaściwe skreślić;

\*\* zaświadczenie winno określić występujące zaburzenia psychiczne;

\*\*\* typy środowiskowych domów samopomocy:

Typ A - dla osób przewlekłe psychicznie chorych;

Typ B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;

Typ C - dla wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych;

Typ D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Podstawa prawna: § 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).