



Załącznik nr 2

do Regulaminu przyznawania mieszkań treningowych i mieszkania wspomaganego  
dla osób bezdomnych w ramach projektu „SAB+ Skuteczna Aktywizacja Bezdomnych”

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o czasowy pobyt w mieszkaniu wspomaganym

1. Imię i nazwisko: .....

1) Pesel: .....,

2. Proszę o wskazanie, czy ww osoba:

1) jest przewlekle chora

TAK  NIE

2) jej stan zdrowia wymaga leczenia szpitalnego

TAK  NIE

3) jej stan zdrowia wymaga pobytu w całodobowej placówce

TAK  NIE

4) jest osobą uzależnioną od alkoholu/innych substancji psychoaktywnych

TAK  NIE

5) jest osobą z chorobą zakaźną

TAK  NIE

3. Proszę wskazać, czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia w mieszkaniu wspomaganym

TAK  NIE

4. Opis stanu zdrowia choroby

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

5. Wskazania do:

1) usług opiekuńczych w mieszkaniu wspomaganym

TAK  NIE

2) specjalistycznych usług opiekuńczych (rehabilitacji)

TAK  NIE

.....  
(miejscowość i data)

.....  
podpis i pieczęć lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

