

**Informacja z Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
dla Ośrodka Pomocy Społecznej w Jastrzębiu-Zdroju
dotycząca specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci/młodzieży z zaburzeniami psychicznymi
w miejscu zamieszkania**

Imię i nazwisko dziecka: PESEL

Diagnoza:

.....

1. Czy w/w dziecko jest lub było podopiecznym Waszej placówki. TAK NIE *

Jeśli tak, to:

- w jakim okresie -

.....
.....

2. Proszę o wskazanie możliwości świadczenia oferowanych przez Państwa placówkę świadczeń dla specjalistów (z ilu godzin w miesiącu z każdej formy świadczenia dziecko niepełnosprawne może lub mogłoby korzystać i z jaką częstotliwością):

- psycholog.....

- pedagog

- logopeda

- terapeuta.....

- inne.....

3. Z jakiego powodu pomoc została zakończona

.....
.....

4. Czy dziecko wymaga kontynuacji korzystania z pomocy specjalistów: TAK NIE*

5. Czy dziecko wymaga dodatkowego wsparcia ponad zakres pomocy otrzymywanej od Państwa:

TAK NIE*

Jeśli tak, to z jakimi specjalistami i w jakiej liczbie godzin miesięcznie:

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

6. Czy dla dziecka zostało wydane:

- orzeczenie o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju: TAK NIE*

- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego: TAK NIE*

.....
Miejscowość i data

.....
(pieczęć instytucji oraz pieczęć i podpis osoby
wystawiającej zaświadczenie)

* właściwe podkreślić