



Karta zgłoszenia do Programu Wsparcia Psychiatrycznego

I. Dane identyfikacyjne Uczestnika

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

ul.....nr.....

Miejscowość.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail (opcjonalnie)

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Miejskiej Ciechanów

II. Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób niepełnoletnich)

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania

ul.....nr.....

Miejscowość.....

Telefon kontaktowy.....

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym osoby zgłaszanej

Wyrażam zgodę na udział osoby niepełnoletniej w Programie

III. Kryteria kwalifikacyjne- wytyczne uczestnictwa (zaznaczenie wszystkich pól jest warunkiem rozpatrzenia zgłoszenia)

Posiadam skierowanie lekarskie do lekarza psychiatrii bądź zalecenie psychologa

Nie mam możliwości szybkiego dostępu do psychiatrii w ramach NFZ

Nie korzystam obecnie z długoterminowego leczenia psychiatrycznego finansowanego ze środków publicznych

Przyjmuje do wiadomości, że Program nie jest przeznaczony dla osób:

- Wymagających natychmiastowej interwencji psychiatrycznej lub hospitalizacji
- Będących w stanie zagrożenia życia i zdrowia
- Korzystających aktualnie z długoterminowego leczenia psychiatrycznego



- Pozostających pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych podczas udziału w Programie

IV. Zasady uczestnictwa w Programie

- Udział w Programie jest dobrowolny i bezpłatny
- Program obejmuje ograniczoną liczbę wizyt lekarskich przypadających na jednego Uczestnika- maksymalnie 3 wizyty
- Zobowiązuję się do punktualnego uczestnictwa w Programie
- Zobowiązuję się do odwołania wizyty lekarskiej min. z 24 godzinnym wyprzedzeniem
- Przyjmuję do wiadomości, że decyzję o zakwalifikowaniu do Programu należy do Realizatora

V. Oświadczenie Uczestnika

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Programu Wsparcia Psychiatrycznego i akceptuję jego postanowienia
- Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą
- Przyjmuję do wiadomości, że Program nie stanowi świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ

Załączniki

1.
2.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika



Kwalifikacja do Programu

zakwalifikowano

nie zakwalifikowano

- uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

Podpis
Specjalisty ds. programów i
komunikacji z mieszkańcami

Realizacja Programu:

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby zatwierdzającej udzielone wsparcie w programie

.....
Koordynator merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca