

**Podmioty realizujące bezpłatne świadczenia psychologiczne oraz świadczenia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitacyjne na rzecz dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi na terenie Gminy Nysa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podmiot realizujący | Adres | Realizowane świadczenia |
| ***Centrum Psychologii Zdrowia DORMED*** | *Ul. Czarnieckiego 4A, 48-303 Nysa* | -porady psychologiczne |
| ***Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna*** | *Ul. Słowiańska 17**48-300 Nysa* | - terapia psychologiczna; - terapia pedagogiczna; - terapia logopedyczna; - wsparcie psychologiczne; - psychoedukacja; - grupowe zajęcia TUS; - terapia EEG Biofeedback |
| ***Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA - Nysie PORADNIA LOGOPEDYCZNA***  | *ul. Piłsudskiego 47,* *48-303 Nysa* | *- terapia logopedyczna* |

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………………..PESEL…………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego: ………………………………………………………………………………………….

1. **Centrum Psychologii Zdrowia DORMED w Nysie**

Czy ww. dziecko jest objęte wsparciem: TAK /NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem…………………………………………………….

- z ilu godzin i z jakiego wsparcia miesięcznie korzysta:………………………………………………………..

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem: …………………………………………………………………………

- od kiedy może zostać udzielone wsparcie: ………………………………………………………………………………………………

- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone wsparcie: ………………………………………………

**- czy dziecko oczekuje na termin wizyty TAK/NIE**

Nysa, dnia ……………………………………………… .........................................................................................

 pieczęć przychodni i podpis

1. **Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna w Nysie**

Czy ww. dziecko jest objęte wsparciem: TAK /NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem…………………………………………………….

- z ilu godzin i z jakiego wsparcia miesięcznie korzysta:………………………………………………………..

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- od kiedy może zostać udzielone wsparcie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone wsparcie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nysa, dnia ……………………………………………… .........................................................................................

 pieczęć przychodni i podpis

1. **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA - Nysie
PORADNIA LOGOPEDYCZNA**

Czy ww. dziecko jest objęte wsparciem: TAK /NIE

Jeżeli TAK, to proszę o wskazanie:

- od kiedy dziecko jest objęte wsparciem…………………………………………………….

- z ilu godzin i z jakiego wsparcia miesięcznie korzysta:………………………………………………………..

Jeżeli NIE, to proszę o wskazanie:

- czy dziecko może zostać objęte wsparciem: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- od kiedy może zostać udzielone wsparcie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- w jakim wymiarze miesięcznym będzie mogło być świadczone wsparcie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nysa, dnia ……………………………………………… .........................................................................................

 pieczęć przychodni i podpis

**Wypełniony dokument należy dostarczyć do Ośrodka Pomocy Społecznej w Nysie
do dnia…………………………………………….**

Nysa, dnia ………………………………roku …………………………………………………………

 *podpis i pieczęć pracownika socjalnego*

**Potwierdzam odbiór dokumentu:**……………………………………………………………………………………………………

 *podpis rodzica/ opiekuna prawnego*