

POTVRDENIE POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Vážená pani/pán,

rodina, ktorej dieťa je vo Vašej starostlivosti, prejavila záujem o službu včasnej intervencie Centra včasnej intervencie Bratislava, n. o. podľa §33 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Služba včasnej intervencie sa realizuje ambulatnou a terénnou formou prostredníctvom odborných činností, ktorými sú špecializované sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stimuláciu komplexného vývinu dieťaťa, preventívne aktivity a komunitná rehabilitácia.

Odsek 1 § 33 uvedeného zákona určuje poskytovanie služby včasnej intervencie pre dieťa vo veku 0 až 7 rokov, ktorého vývin je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a pre rodinu tohto dieťaťa. Odsek 4 § 33 uvedeného zákona podmieňuje poskytovanie služby včasnej intervencie potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V mene rodiny Vás prosíme o vystavenie takéhoto potvrdenia. Ďakujeme.

PhDr. Erika Tichá, PhD.
riaditeľka Centra včasnej intervencie Bratislava, n. o.

INFORMÁCIE O DIEŤATI A RODINE	
Meno a priezvisko dieťaťa	
Dátum narodenia dieťaťa	
Rodné číslo dieťaťa	
Adresa trvalého pobytu	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa	

ŠPECIFIKÁ A OKOLNOSTI VÝVINU DIEŤAĽA A JEHO ZDRAVOTNÉHO STAVU

V , dňa:

Podpis a pečiatka lekára