Załącznik nr 1
do Polityki świadczeń z pomocy społecznej
w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Brzegu

……
(pieczątka nagłówkowa przychodni)

Zaświadczenie w celu ustalenia uprawnień do pomocy społecznej z tytułu długotrwałej choroby

Zaświadcza się, że Pani/Pan .....
jest przewlekle/długotrwale chora(y) na .....
.....
.....
.....
Z uwagi na powyższe zachodzi stała konieczność zażywania leków lub/i ponoszenia wydatków na leczenie: ...……..……
……...
……...
……...
Przewidywany okres leczenia: ……
……...

....
miejscowość, data podpis i pieczątka lekarza