

Gdańsk, dnia.....

.....
(imię i nazwisko członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, iż jestem członkiem rodziny/ opiekunem osoby z niepełnosprawnością intelektualną, zgodnie z definicją zawartą w klasyfikacji DSM-5:

definicja:

Niepełnosprawność intelektualna (zaburzenie rozwoju intelektualnego) charakteryzuje się deficytami ogólnych sprawności umysłowych, takich jak wnioskowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, myślenie krytyczne, uczenie się w szkole oraz uczenie się na podstawie doświadczenia. Takie deficyty powodują upośledzenie funkcji przystosowawczych, przez co osoba nie osiąga odpowiedniego poziomu samodzielności w życiu osobistym oraz zdolności do ponoszenia odpowiedzialności w życiu społecznym. Upośledzenia dotyczą co najmniej jednego aspektu życia codziennego, takich jak sprawność komunikacji, udział w życiu społecznym, uczenie się, wykonywanie pracy, a także samodzielność osobista w domu lub w środowisku społecznym.

źródło: Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5

.....
(Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością)