

**IGAZOLÁS**

**a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolását, gondozását végző személy részére nyújtott települési támogatás megállapításához**

*(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)*

1. Igazolom, hogy

1.1. Neve:.....

1.2. Születési neve: .....

1.3. Anyja neve:.....

1.4. Születési helye, ideje (év, hó nap):.....

1.5. Lakóhelye:.....

1.6. Bejelentett tartózkodási helye:.....

1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.\*

Tiszaújváros, 20 .....

.....  
háziorvos aláírása

\* *Tartósan beteg az a személy, aki egészségi állapotára figyelemmel előre láthatóan három hónapnál hosszabb időtartamban ápolásra, gondozásra szorul.*