

2. melléklet a 4/2015. (II. 16.) önkormányzati rendelethez

Igazolás a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolását, gondozását végző személy részére nyújtható települési támogatás megállapításához/felülvizsgálatához
(az ápolt személy háziorvosa tölti ki)

1. Igazolom, hogy az ápolt személy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv

_____ számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye

vagy a _____

a fekvőbeteg- szakellátást nyújtó intézmény _____

szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott _____ keltű
igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

**Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós
gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama 3 hónapnál hosszabb.**

Dátum:

P.H.

háziorvos aláírása