

INTÉZMÉNYI IGAZOLÁS

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

Igazolom, hogy _____ (név)

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

„A” köznevelési intézmény tanulója,

„B” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„C” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése:

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

meghaladja nem haladja meg.

A „B” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevétele, illetőleg a „C” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

meghaladja nem haladja meg.

Az „A”–„C” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

szükségessé teszi nem teszi szükségessé.

Dátum:

P. H.

.....

intézményvezető