

**3. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY***  
***az ápolás címén nyújtott települési támogatás megállapításához,***  
***Illetve annak kötelező felülvizsgálatához***  
***(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)***

I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege:

látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült, vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére az Országos Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a ..... megyei gyermek szakfőorvos ..... számú igazolása, vagy..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság ..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

III. Nevezett önállóan nem képes:

étkezni

tisztálkodni

öltözködni

illemhelyet használni

lakáson belül közlekedni

Dátum: .....

.....

háziorvos aláírása  
munkahelyének címe