

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**az ápolási támogatás megállapításához**  
*(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: .....

tartósan beteg.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy

tartós beteg és

önmagáról önállóan gondoskodni nem képes és állandó felügyeletre szorul.

Dátum: .....

P. H.

.....  
háziorvos aláírása