

5. melléklet a 2/2015. (II. 24.) önkormányzati rendelethez

**IGAZOLÁS**  
**a települési ápolási támogatás megállapításához**

(az ápolat személy háziiorvosa tölti ki)

**I. Igazolom, hogy**

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely:.....  
Tartózkodási hely:.....  
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  
..... fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmény  
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott  
..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy  
.....  
.....  
.....  
.....  
..... alapján állítottam ki.

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

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Kelt: Ötvöskónyi, .....

.....  
háziiorvos aláírása

P.H.