5. melléklet a 2/2015. (II. 25.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS
a települési ápolási támogatás megállapításához

(az ápolt 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

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: Segesd, ...

.....
háziorvos aláírása

P.H.