

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: Segesd,

.....
háziiorvos aláírása

P.H.