

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY¹

az ápolási célú települési 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.

Fenti igazolást nevezett részére

..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott keltű
igazolás/zárójelentés, alapján állítottam ki.

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

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....

házi orvos aláírása
munkahelyének címe

¹ Módosította a 4/2018.(V.29.) rendelet 6. §-a, hatályos 2018. május 29. napjától.