

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY¹

az ápolási célú települési 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

..... 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:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

¹ Módosította a 6/2018.(III.29.) rendelet 3. §-a, hatályos 2018. április 1. napjától.